

## DOM STAREJŠIH OBČANOV FUŽINE

Nove Fužine 40, Ljubljana  
Tel: 01 5874 600  
Fax: 01 5874 621  
e-pošta: [soc.delavka@dso-fuzine.si](mailto:soc.delavka@dso-fuzine.si)

### IZJAVA

osebe, ki bo (do)plačevala oskrbo

Podpisani \_\_\_\_\_

EMŠO \_\_\_\_\_ Davčna številka: \_\_\_\_\_

s stalnim bivališčem: \_\_\_\_\_

zaposlen: \_\_\_\_\_

### IZJAVLJAM,

da bom (do)plačeval stroške oskrbe v Domu starejših občanov Fužine za:

\_\_\_\_\_  
*Ime in priimek*

\_\_\_\_\_  
*datum rojstva*

\_\_\_\_\_  
*stalno bivališče*

in sicer:

- a) celotne stroške oskrbe od dneva sprejema v dom ter stroške rezervacije sobe,
- b) doplačeval k polni ceni oskrbnih stroškov,

v zakonitem roku na osnovi izstavljenega računa oz. posebne položnice.

Zavezujem se, da bom v primeru prenehanja izvajanja storitve pred datumom prenehanja poravnal vse morebitne nepravilne obveznosti.

Zavezujem se, da bom izvajalcu sporočil vsako spremembo mojih osebnih podatkov.

V \_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_

Podpis:

\_\_\_\_\_