

MAVIDA RIBNICA

Krošnjarska pot 2, 1310 Ribnica

+386 (0) 8 200 97 03

ribnica@mavidagroup.si

www.mavidagroup.eu

IZJAVA osebe, ki bo (do)plačevala storitev:

(DO)PLAČNIK: (ime in priimek) _____

Rojen(a) dne _____, s stalnim prebivališčem: ulica _____

kraj _____, pošta _____, zaposlen _____

1. Nepreklicno se zavežujem, da bom (do)plačeval stroške oskrbe v višini _____
2. Zavežujem se, da bom v primeru prenehanja izvajanja storitve pred datumom prenehanja poravnal vse morebitne neporavnane obveznosti.
3. Zavežujem se, da bom izvajalcu sporočil vsako spremembo mojih osebnih podatkov.

V _____, dne _____

Podpis: _____