

IZJAVA

Podpisani(a) _____,

EMŠO _____,

s stalnim bivališčem _____,

št. osebne izkaz. oz. potnega lista _____,

izdane(ga) pri _____, dne _____,

zaposlen(a) _____,

(naziv in naslov podjetja, ustanove)

upokojenec _____,

(navedite P številko ZPIZ)

IZJAVLJAM,

**da bom kril(a) razliko med pokojnino in oskrbnimi stroški
v Domu starejših občanov Novo mesto**

za _____,

EMŠO _____,

oziroma poravnal(a) celotne stroške oskrbe od dneva vselitve v DSO, in sicer do 8. v mesecu za pretekli mesec. Strinjam se, da se račun izda na moje ime. V nasprotnem primeru dovoljujem izvršbo za poplačilo zapadlih terjatev. Hkrati se zavezujem, da bom izvajalcu sporočil(a) vsako spremembo mojih osebnih podatkov.

Kraj in datum: _____

(podpis)