

IME I PREZIME _____

ADRESA _____

TELEFON _____

OIB _____

BROJ OSOBNE
ISKAZNICE _____

MJESTO IZDAVANJA _____

ZAPOSLEN KOD _____
(naziv i adresa
poduzeća) _____

IZJAVA

- 1) kojom izjavljujem da ću u **CIJELOSTI** podmirivati troškove smještaja - opskrbnine u **Domu za starije i nemoćne osobe Varaždin – DNEVNI CENTAR ZA STARIJE OSOBE Zavojna 6**, te u slučaju potrebe i troškove participacije za lijekove, zdravstvene preglede i ostale obveze navedene u Ugovoru o smještaju, za

_____ iz _____,

ulica i kućni broj _____ OIB _____

u skladu s Ugovorom o pružanju usluga u Domu i naknadi za smještaj.

U Varaždinu, _____ godine.

POTPIS OBVEZNIKA PLAĆANJA :

**MJESTO ZA OVJERU:
Okrenite stranicu !**