

Ime i prezime obveznika plaćanja : \_\_\_\_\_

Datum i mjesto rođenja: \_\_\_\_\_

OIB: \_\_\_\_\_ Broj osobne iskaznice: \_\_\_\_\_ izdana u: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Adresa stanovanja: \_\_\_\_\_

#### IZJAVA

Kojom izjavljujem da ću snositi troškove usluge smještaja i drugih usluga u Domu za starije i nemoćne osobe Beli Manastir, Bana Jelačića 108. te u slučaju potrebe i troškove participacije za lijekove, sanitetski materijal i pelene, zdravstvene preglede, dane provedene na bolničkom liječenju, troškove sahrane u slučaju smrti i ostale obveze navedene u Ugovoru o smještaju za

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

( srodstvo )

( ime i prezime )

\_\_\_\_\_

( adresa )

\_\_\_\_\_.

( OIB ili JMBG )

Kao obveznik plaćanja izjavljujem da su mi poznate sve odredbe Ugovora o smještaju te se obvezujem da ću Domu ispuniti preuzetu obvezu nastalu po predmetnom Ugovoru.

U Belom Manastiru, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

( potpis obveznika plaćanja )