

IZJAVA O PLAČEVANJU OSKRBNIH STROŠKOV

Podpisani/a _____ s stalnim prebivališčem na
(ime in priimek)
naslovu _____,
(ulica, poštna številka in kraj)

EMŠO številka

nastopam kot (do)plačnik/ca (označi):

- stroškov oskrbe celodnevnega institucionalnega varstva,
 - stroškov oskrbe dnevnega varstva
- v Centru za starejše občane Lucija, d.o.o. (v nadaljevanju: center),

za uporabnika _____ rojenega dne _____.
(ime in priimek) (datum rojstva)

I Z J A V L J A M,

da bom svoj delež stroškov oskrbe od dneva sprejema v center/vključitve v dnevno varstvo, redno plačeval/a in sicer (označi):

- preko trajnega naloga odprtega pri svoji banki,
- s posebno položnico, dostavljeno v poštni nabiralnik uporabnika v centru,
- s posebno položnico, dostavljeno na želeni naslov:

(naslov za pošiljanje po pošti ali e-pošti)

V primeru da oskrbni stroški niso poravnani pravočasno, se obračunavajo ustrezne zamudne obresti.

S podpisom tudi potrjujem, da sem seznanjen/a z obdelavo zgoraj navedenih osebnih podatkov, pri čemer center kot upravljalec ravna skladno z Zakonom o varovanju osebnih podatkov (ZVOP-1), Splošno uredbo o varovanju osebnih podatkov (GDPR) ter internim Pravilnikom o varovanju osebnih podatkov (PR-06).

V _____, dne _____
(kraj) (datum)

Podpis plačnika: _____