

IME I PREZIME _____

ADRESA _____

MJESTO _____

OIB _____

BROJ OSOBNE ISKAZNICE I MJESTO IZDAVANJA

I Z J A V A

KOJOM IZJAVLJUJEM DA ĆU SNOSITI:

1. TROŠKOVE SMJEŠTAJA ILI RAZLIKU IZMEĐU MIROVINE I PUNE CIJENE SMJEŠTAJA U DOMU STARIH I NEMOĆNIH OSOBA „ŠANDROVAC“, AKO BUDE POTREBNO

2. TROŠKOVE PARTICIPACIJE ZA LIJEKOVE, ZDRAVSTVENE PREGLEDE I DANE PROVEDENE NA BOLNIČKOM LIJEČENJU, TE TROŠKOVE SAHRANE U SLUČAJU SMRTI

3. TE OSTALE OBVEZE NAVEDENE U UGOVORU O SMJEŠTAJU BR. _____

ZA _____ ROĐENOG-U _____.

U _____ dana _____

P O T P I S:
