

\_\_\_\_\_ (naziv izvajalca)  
\_\_\_\_\_ (naslov izvajalca)  
\_\_\_\_\_ (kraj)

Datum: \_\_\_\_\_

### IZJAVA

V zahtevku št. \_\_\_\_\_ z dne \_\_\_\_\_ uveljavljamo stroške zdravstvene nege, ki so nastali zaradi premestitve uporabnikov v zunanji namestitveni prostor, v skupni višini \_\_\_\_\_ EUR.

Spodaj podpisani/a \_\_\_\_\_ (ime in priimek), odgovorna oseba izvajalca na področju socialnega varstva, izjavljam, da kritja stroškov v navedenem znesku ne zagotavlja Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Kraj in datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(podpis odgovorne osebe)