

CENTRUL JUDETEAN ILFOV

DE ASISTENTA MEDICO-SOCIALA PENTRU BOLNAVI CRONICI

Sos. Alex. I. Cuza nr.22

contact.centru@uamsilfov.ro

tel/fax. 021.3515.234

Nr./.....

ANGAJAMENT DE PLATA

Subsemnatul/Subsemnata
domiciliat/domiciliata,in.....
CNP.....BI/CI/seria.....nr.....în calitate de
beneficiar/apartinător legal, al beneficiarului
începând cu data de.....,mă oblig să plătesc suma de
.....lei/lunar, reprezentând contribuția de întreținere .

În cazul în care intervin majorări ale cuantumului contribuției de întreținere ,
mă oblig să plătesc suma stabilită.

Suma de mai sus se va reține lunar din venitul subsemnatului/beneficiarului
de către,.....,
sau va fi urmarită la plată de către organele abilitate, iar în cazul în care plata nu
va fi efectuată în termen de 2 luni, se va sancționa cu excluderea din centru.

Prezentul angajament de plată a fost încheiat în temeiul art. 25 alin. (4) din
Legea nr.17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice.

Întocmit în localitatea Domnesti la data de.....în 2 exemplare,
din care am primit un exemplar.

DIRECTOR

VOICU ION

PERSOANA CARE SE OBLIGA

LA PLATA