

## ANGAJAMENT DE PLATĂ

Subsemnatul(a) .....,  
CNP ....., cu domiciliul legal stabilit la  
adresa din .....,  
în calitate de beneficiar(ă) al/a serviciilor sociale furnizate în unitatea de asistență socială  
cu componentă rezidențială LTPAFA, din subordinea DGASPC Sector 5, mă oblig să  
plătesc suma de ..... lei, cu titlul de contribuție pentru serviciile sociale de care  
beneficiez, după cum este menționat în Contractul de furnizare a serviciilor sociale  
nr...../.....

Precizez că am luat cunoștință de această obligație, care este prevăzută în  
Regulamentul de Organizare și Funcționare a LTPAFA, aprobat prin HCL Sector 5  
nr.282/2018 și că suma de mai sus este mai mică/egală cu valoarea de 1/4 din venitul net  
realizat lunar.

De asemenea, mă oblig să achit această contribuție până la data de 15 a fiecărei  
luni, la casieria DGASPC Sector 5, care va elibera chitanța corespunzătoare.

Beneficiar,

Nume și prenume.....

Semnătura.....

Data,

.....