

Osoba wskazana do kontaktu:

Imię i nazwisko:.....

Adres zamieszkania:.....

.....

Numer pesel lub numer dowodu osobistego:.....

Numer telefonu:.....

Dotyczy Uczestnika

Imię i nazwisko:.....

OŚWIADCZENIE

osoby wskazanej do kontaktu z pracownikiem Centrum Teleopieki

Ja niżej podpisana/y..... oświadczam, że

imię i nazwisko

w przypadku braku możliwości osobistego zwrotu opaski monitorującej przez Uczestnika..... ze względu na stan

jego zdrowia (np. z powodu obiektywnych przeszkód natury zdrowotnej) lub zgon, zobowiązuję się do zwrotu Ośrodkowi Pomocy Społecznej w Ostrowie Lubelskim ww. Opaski w oryginalnym opakowaniu wraz z instrukcją obsługi, kartą SIM, ładowarką w terminie kolejnych 14 dni kalendarzowych od daty zaistnienia przesłanek zwrotu urządzenia wskazaną wyżej osoby

.....
Czytelny podpis osoby do kontaktu