

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(telefon)

.....  
(adres e-mail)

**OŚWIADCZENIE**  
**Osoby wskazanej do kontaktu z pracownikiem centrum teleopieki**  
**w Karcie Informacyjnej Podopiecznego**

Ja niżej podpisana/y ..... oświadczam, że  
(imię i nazwisko)

w przypadku zgonu Uczestnika Programu Osłonowego „Teleopieka dla mieszkańców Gminy Brzozów na rok 2024” lub braku możliwości osobistego zwrotu opaski monitorującej stan zdrowia przez Uczestnika, zobowiązuję się zwrócić do Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Brzozowie w/w urządzenie w oryginalnym opakowaniu wraz z instrukcją obsługi, kartą SIM, ładowarką w terminie 7 dni od chwili śmierci Uczestnika lub od chwili rozwiązania niniejszej umowy z innych przyczyn.

.....  
Podpis