

.....
(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 Ośłonowego „Realizacja usług opiekuńczych poprzez dostęp do tzw. „opieki na odległość” – Korpus Wsparcia Seniora na rok 2026” 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