

OŚWIADCZENIE

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

Ja niżej podpisana/y
zam.....
telefon..... oświadczam, że w przypadku zgonu Uczestnika programu „Program Teleopieki dla Mieszkańców Gminy Dąbrowa Górnicza na rok 2026” lub braku możliwości osobistego zwrotu opaski monitorującej stan zdrowia przez Uczestnika (np. z powodu obiektywnych przeszkód natury zdrowotnej), zobowiązuję się zwrócić Dąbrowie Górniczej-Miastu na Prawach Powiatu ww. urządzenie w opakowaniu wraz z instrukcją obsługi, kartą SIM, ładowarką w terminie kolejnych 14 dni kalendarzowych od daty zaistnienia przesłanek zwrotu urządzenia do Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Dąbrowie Górniczej, Aleja Piłsudskiego 2.

.....
Podpis