,\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/2025 r.

*miejscowość, data*

**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 w przypadku zgonu

*imię i nazwisko*

Uczestnika Programu lub braku możliwości osobistego zwrotu opaski monitorującej ze względu na stan zdrowia przez Uczestnika (np. z powodu obiektywnych przeszkód natury zdrowotnej), zobowiązuję się zwrócić Gminie ww. Opaskę w oryginalnym opakowaniu wraz   
z instrukcją obsługi, kartą SIM, ładowarką w terminie kolejnych 14 dni kalendarzowych od daty zaistnienia przesłanek zwrotu urządzenia.

Czytelny podpis osoby wskazanej do kontaktu