

OŚWIADCZENIE ODBIORCY WSPARCIA

W związku z przystąpieniem do Programu pn. „**Korpus Wsparcia Seniora**” – usługa **Teleopieki** oświadczam, że wyrażam zgodę na kontakt ze mną ze strony Centrum Teleopieki w razie zgłoszenia przeze mnie nagłego pogorszenia samopoczucia lub zachowania za pośrednictwem Teleopaski zgodnie z warunkami zawartej przeze mnie umowy uczestnictwa.

Kontakt ze mną może nastąpić pod numerem telefonu:

.....

Kontakt ze mną może być także realizowany w formie e-mail: TAK/NIE (proszę właściwie zakreślić)

adres e-mail:

Jednocześnie wyrażam zgodę na przekazywania informacji o stanie mojego zdrowia oraz samopoczucia, w tym na kontaktowanie się ze strony Centrum Teleopieki ze wskazanym przeze mnie Opiekunem we wszystkich sprawach związanych ze zgłoszeniem przeze mnie – za pośrednictwem Teleopaski – nagłego pogorszenia samopoczucia lub zachowania i przekazywania Opiekunowi wszelkich danych o moim stanie zdrowia:

imię i nazwisko Opiekuna:

adres Opiekuna:

nr telefonu Opiekuna:

e-mail Opiekuna (opcjonalnie):

.....

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....

CZYTELNY PODPIS ODBIORCY WSPARCIA

.....

CZYTELNY PODPIS OPIEKUNA