



Niepubliczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej
GOMED-OSTROWIEC Spółka z o.o. Sp. k.
Ul. Polna 9f, 27 – 400 Ostrowiec Św.
Zakład Medycyny Paliatywno- Hospicyjnej
Godów 84a, 27-225 Pawłów
tel. 41 242-43-45 fax. 41 247- 03-20
zmph@gomed.com.pl

Godów, dnia

DANE OPIEKUNA:

IMIĘ I NAZWISKO:

NUMER I SERIA DOWODU OSOBISTEGO:

PESEL:

STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA:

ZOBOWIĄZANIE

1. W przypadku zgonu chorego
imię i nazwisko pacjenta

w trakcie pobytu w Zakładzie Medycyny Paliatywno - Hospicyjnej, Godów 84 a,
Pawłów, ja niżej podpisany upoważniam Zakład Pogrzebowy

27 – 225

.....
Nazwa, adres i nr telefonu do zakładu pogrzebowego

do załatwienia wszystkich spraw organizacyjnych związanych z:

- odebraniem zwłok*
- transportem do chłodni*
- przechowaniem*
- ubieraniem*
- godnym pochowaniem*

* niepotrzebne skreślić

2. Zobowiązuje się do pokrycia kosztów wynikających z powyższego.

3. W przypadku wcześniejszej rezygnacji z usług wybranego Zakładu Pogrzebowego zobliguję się do odbioru zwłok w ciągu 2-4 godzin od powiadomienia oraz załatwienie spraw pogrzebu organizacyjnie i finansowo.

4. W przypadku braku deklaracji Zakład Medycyny Paliatywno – Hospicyjnej skorzysta z usług Zakładu Usług Pogrzebowych, Sp. z o.o., ul. Długa 8, 27 400 Ostrowiec Św.

.....
Podpis rodziny/ faktycznego opiekuna



REGON 292831128, NIP 661-21-55-903, BANK PEKAO SA NR 57 1240 5035 1111 0000 5564 1144