



Niepubliczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej GOMED- OSTROWIEC Spółka z o.o. Sp.k.
ul. Polna 9f, 27-400 Ostrowiec Św., tel. 41 2470310, fax 41 2470320, NIP 661 21 55 903, REGON 292831128

Zakład Medycyny Paliatywno- Hospicyjnej, Godów 84a, 27-225 Pawłów

tel. 0-41 242-43-45, e-mail: zmph@gomed.com.pl

I- 000000014912, V-04, VII-036, VIII-5182

.....
(Miejscowość, data)

.....
(Pieczęć MOPS/ GOPS)

ZOBOWIĄZANIE

1. W przypadku zgonu chorego
imię i nazwisko pacjenta

w trakcie pobytu w Zakładzie Medycyny Paliatywno - Hospicyjnej, Godów 84 a,
27 – 225 Pawłów, ja niżej podpisany upoważniam Zakład Pogrzebowy

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

do załatwienia wszystkich spraw organizacyjnych związanych z godnym pochowaniem
pacjenta.

2. Pochówek zostanie wykonany zgodnie z art. 10 ust. 3 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o
cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2003r nr 80 poz. 717).

.....
Podpis upoważnionego pracownika MOPS/GOPS