



Niepubliczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej GOMED- OSTROWIEC Spółka z o.o. Sp. j.  
ul. Polna 9f, 27-400 Ostrowiec Św., tel. 41 2470310, fax 41 2470320, NIP 661 21 55 903, REGON 292831128  
Zakład Medycyny Paliatywno- Hospicyjnej Hospicjum Stacjonarne, Godów 84a, 27-225 Pawłów  
tel. 0-41 242-43-45, e-mail: [zmph@gomed.com.pl](mailto:zmph@gomed.com.pl)  
I- 000000014912, V-04, VII-036, VIII-5182

Godów, dnia .....

**DANE OPIEKUNA:**

IMIĘ I NAZWISKO: .....

NUMER I SERIA DOWODU OSOBISTEGO: .....

PESEL: .....

STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA: .....

NUMER TELEFONU KONTAKTOWEGO.....

**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:

- 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 Hospicjum Stacjonarne, skorzysta z usług Zakładu Usług Pogrzebowych, Sp. z o.o., ul. Długa 8, 27 400 Ostrowiec Św.

.....  
Podpis rodziny/ faktycznego opiekuna