



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

Godów, dnia

DANE OPIEKUNA FAKTYCZNEGO:

IMIĘ I NAZWISKO:

NUMER TELEFONU KONTAKTOWEGO.....

OŚWIADCZENIE

W przypadku zgonu chorego

(Imię i nazwisko pacjenta)

w trakcie pobytu w Zakładzie Medycyny Paliatywno – Hospicyjnej Hospicjum Stacjonarne, Godów 84 a, 27 – 225 Pawłów, ja niżej podpisany upoważniam poniżej wskazany Zakład Pogrzebowy:

Nazwa zakładu pogrzebowego.....

Adres:.....

Numer telefonu.....

do odebrania zwłok, transportu ciała do chłodni i przechowania ciała do czasu pochówku.

W przypadku konieczności zmiany wyżej wymienionego zakładu pogrzebowego, oświadczam, że pisemnie poinformuję o tym personel hospicjum.

.....
Czytelny podpis składającego oświadczenie

.....
Pieczątką i podpis pracownika
przyjmującego oświadczenie