

.....  
Pieczęć ZOZ/innej instytucji medycznej

.....  
Miejscowość i data

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Imię i nazwisko pacjenta:	
PESEL	

Niniejszym zaświadczam, że stan zdrowia ww. pacjenta pozwala na użytkowanie opasek SOS (nadgarstkowych) do realizacji usługi teleopiekuńczej (teleopieki). Urządzenie posiada wbudowany lokalizator GPS oraz połączone jest z Systemie Teleopieki Teleopiekuni.pl za pośrednictwem łącza GSM (łącze komórkowe).

.....  
podpis i pieczęć lekarza