

POWIERZENIE URZĄDZENIA DO MONITOROWANIA

Ja, niżej podpisany(a) _____, zamieszkały(a) w

Legitymujący(a) się dowodem osobistym _____ zostaję poddany badaniu _____

godzinnego monitorowania aparatem _____

Zostałem(am), poinformowany(a) o specyfice i celu tego badania. Zobowiązuję się do zwrotu urządzenia niezwłocznie po zakończeniu badania. W razie zawinionego uszkodzenia urządzenia jak i w przypadku jego utraty/zagubienia zobowiązuje się do zwrotu kwoty równej jego ceny zakupu przez Hygge Clinic.

Osoba wydająca urządzenie:

(data, podpis)

Osoba, której powierzono urządzenie:

(data, podpis)

Zwrot:

(data, podpis)

Zwrot:

(data, podpis)