

\_\_\_\_\_  
(miejscowość, data)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Niniejszym potwierdzam, że nie ma przeciwwskazań do uczestnictwa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (imię, nazwisko, PESEL) (dalej Uczestnik)

w projekcie „Małopolski Tele-Anioł”, w tym korzystania przez Uczestnika z opaski monitorującej,

pomimo korzystania przez Uczestnika z innego urządzenia, tj. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(podpis lekarza)

### Informacja dla osoby wydającej zaświadczenie:

#### I. Podstawowe dane dotyczące opaski monitorującej (zgodnie z danymi producenta):

- obsługiwane interfejsy radiowe: GSM 900/1800,
- zasilanie: akumulator litowo-polimerowy 450mAh,
- rodzaj ładowarki: ładowarka magnetyczna,
- transmisja danych za pośrednictwem sieci GSM.

#### II. Przykładowe urządzenia których działanie może być potencjalnie zakłócone przez opaskę monitorującą:

- rozrusznik serca,
- kardiowerter-defibrylator,
- inne.