



## Apnea Link Plus Overnight Evaluation Patient Liability Form

---

I acknowledge that I am being loaned a Home Sleep Testing Device from BayCare Health Systems Sleep Disorders Department and agree to return the Equipment by the date specified on the form included with the product.

I further acknowledge that in the event I fail to return the Equipment within the specified time noted on the form included with the equipment, I will be billed in the amount of **One Thousand Five Hundred Dollars** (\$1500.00) for the purchase of the Equipment.

Patient Name: \_\_\_\_\_

Patient Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_



Formulario de responsabilidad del paciente de evaluación nocturna de  
Apnea Link Plus

---

Reconozco que el Departamento de Trastornos del Sueño de BayCare Health Systems me prestó un dispositivo de prueba del sueño en el hogar y acepto devolver el equipo en la fecha especificada en el formulario incluido con el producto.

Además, reconozco que en caso de que no devuelva el Equipo dentro del tiempo especificado en el formulario incluido con el equipo, se me facturará la cantidad de **Mil Quinientos Dólares (\$ 1500.00)** por la compra del equipo.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_