

Informacje dotyczące wypadku

Dane firmy

Pełna Nazwa Firmy _____
Adres siedziby _____
NIP _____
REGON _____
Liczba zatrudnionych (etat) _____
PKD _____
Telefon _____

Imię, Nazwisko, stanowisko członka zespołu
powypadkowego _____

POSZKODOWANY:

Dane poszkodowanego

Imię i nazwisko _____
Data i miejsce urodzenia _____
Imię Ojca _____
Imię Matki _____
Dokument tożsamości, seria numer _____
PESEL _____
NIP _____
Adres zameldowania _____
Adres zamieszkania _____
Stanowisko (takie jak w umowie) _____
Tytuł ubezpieczenia rentowego* _____
Na czas określony/nieokreślony _____
Pełen wymiar, ½ etatu _____
Zatrudniony od dnia w firmie _____
Zatrudniony od dnia na stanowisku _____
Telefon kontaktowy, e-mail _____

Informacje o wypadku

Data wypadku _____
Godzina wypadku _____
Niezdolność do pracy (zwolnienie lekarskie):
od: _____ do: _____
Poszkodowany miał rozpocząć pracę o godz. _____
Poszkodowany miał zakończyć pracę o godz. _____
I świadek zdarzenia (imię i nazwisko): _____
Stanowisko, telefon , e-mail _____
II świadek zdarzenia (imię i nazwisko): _____
Stanowisko, telefon , e-mail _____
Dokument medyczny opisujący doznany uraz
(zaświadczenie, karta wypisu, itp.)

TAK	NIE
-----	-----

* Umowa o pracę / umowa zlecenie / działalność gospodarcza