
imię nazwisko

miejsowość

adres zameldowania

adres do korespondencji (jeżeli inny niż zameldowania)

PESEL poszkodowanego

NIP poszkodowanego

DO _____
(nazwa firmy)

Proszę o uznanie procentowego uszczerbku na zdrowiu w związku z
wypadkiem, któremu uległem dnia _____

(podpis poszkodowanego)