



Zgłoszenia wypadku pracownika
należy przesłać za pośrednictwem
poczty e:mail lub telefonicznie wypełniony druk zgłoszenia.
biuro@osd-paragraf.pl lub kom. 606-455-330

Dane pracodawcy :

- 1. Nazwa pracodawcy :
- 2. NIP pracodawcy :
- 3. Adres (kod pocztowy – miejscowość – ulica – numer):
.....
.....
- 4. Telefon kontaktowy :
- 5. Adres e:mail :

Dane pracownika poszkodowanego :

- 1. Nazwisko i imię :
- 2. Data urodzenia :
- 3. Numer pesel :
- 4. Stanowisko pracy :
- 5. Data zatrudnienia :
- 6. Rodzaj umowy o pracę:
 - a) umowa na okres próbny od dniado dnia
 - b) umowa na czas określony od dniado dnia
 - c) umowa na czas nieokreślony od dnia
- 7. Adres zamieszkania (kod pocztowy – miejscowość – ulica – numer) :
.....

Informacje o zdarzeniu wypadkowym :

- 1. Osoba zgłaszająca wypadek pracodawcy (imię i nazwisko) oraz data zgłoszenia:
.....
- 2. Data wypadku:.....godz. wypadku.....

3.Czynności wykonywane w chwili wypadku:

.....
.....

4.Rodzaj doznanego urazu (powstałe obrażenia i ich miejsce):.....

.....
.....

5.Zwolnie lekarskie od dniado dnia.....

6. Świadcowie wypadku :

a)
(imię nazwisko / adres zamieszkania / tel. kom)

b)
(imię nazwisko / adres zamieszkania / tel. kom)

c)
(imię nazwisko / adres zamieszkania / tel. kom)

.....
(imię i nazwisko oraz numer tel. kom.)