

INFORMACJA O WYPADKU
(wniosek o wszczęcie postępowania powypadkowego)

Zgłaszam fakt zaistnienia wypadku, który wydarzył się w dniuo godz.

I. Dane poszkodowanego/ej:

1. Nazwisko i imię poszkodowanego/ej:
2. Imiona rodziców:
3. Data i **miejsce** urodzenia:
4. Miejsce zamieszkania:
- województwo:**
5. Miejsce zameldowania:
6. PESEL
7. NIP
8. Seria i nr dowodu osobistego:
- 9. Telefon kontaktowy:**

II. Dane miejsca pracy poszkodowanego:

1. Nazwa: **WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY**
2. Adres siedziby: ul. Żwirki i Wigury 61, 02-091 Warszawa
3. Adres miejsca pracy:
4. Nr REGON **000288917**
5. Nr EKD/PKD **8542 B**
- 6. Nr NIP 5250005828**
7. Rodzaj umowy o pracę
8. Stanowisko pracy:
9. Kod zawodu:
10. Data zatrudnienia
11. Staż na zajmowanym stanowisku

III. Dane dotyczące zdarzenia wypadkowego:

1. Wypadek: - w pracy
- zrównany z wypadkiem przy pracy
- w drodze do i z pracy
2. Nazwiska, imiona, adresy świadków:

