|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  nazwa pracodawcy |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  adres pracodawcy |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |   | , dnia |  | r. |

ZAPIS INFORMACJI UZYSKANYCH
OD ŚWIADKA WYPADKU

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| na okoliczność zdarzenia zaistniałego w dniu: |  | r. | o godz: |  |  |
| Świadek: |  |  |  |
|  |  |  |  |   |
| imię, nazwisko |  | PESEL |  | NIP |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  data i miejsce urodzenia |  |  nr - dowód osobisty - wydany przez |
|  |  |  |  |
| miejsce zamieszkania |  |  |  |
|  |  |  |  |   |  |
| miejsce zatrudnienia |  | stanowisko |  | data zatrudnienia |  |

Informacje:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zespół powypadkowy w składzie: |  Podpis: |  |
| 1) |  |   |
| 2) |  |   |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  (podpis świadka) |  |