

.....  
miejscowosc, dnia

.....  
pieczęć nagłówkowa pracodawcy

REGON .....

Konto zakładu pracy w ZUS – NKP  
.....

L. dz. ....

Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Inspektorat w .....

ul. ....

W .....

.....  
kod pocztowy

Przedsiębiorstwo .....

przesyła komplet dokumentacji powypadkowej wypadku z dnia .....

kieruje Pana/Pania .....

imie ojca ....., adres poszkodowanego

....., kod pocztowy ....., miejscowosc

....., ur. ....

w ..... dowód osobisty .....

PESEL ..... celem stwierdzenia uszczerbku na zdrowiu w wypadku:

w pracy, w drodze do pracy, w drodze z pracy\* i dalszego załatwienia.

Nasz nr statystyczny REGON ....., nr EKD .....

Status pracodawcy: jednostka gospodarki uspołecznionej, jednostka gospodarki nieuspołecznionej.\*

||| Wypełniają jednostki gospodarki nieuspołecznionej:

||| Zakład pracy rozlicza składki ZUS

||| Składki ZUS rozliczane są na bieżąco

imiennie\*  
tak\*

beziemiennie\*  
nie\*

.....  
data i podpis pracodawcy

Załączniki:

1. Zasadnicze o stanie zdrowia poszkodowanego (N-9)
2. Poswiadczony odpis umowy o prace
3. Imienne zaswiadczenie o odprowadzaniu skladki ZUS (z podaniem NKP)
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....

\*) Niepotrzebne skreslic