

.....
(miejsowość i data)

Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Oddział w

.....

.....

.....
(nazwa zakładu pracy i adres)

NIP:

REGON:

prosi o wydanie orzeczenia stopnia utraty zdrowia

Pana(i)

zam.

NIP

PESEL

który uległ(a) wypadkowi w pracy, w dniur..

Ośrodek odprowadza składki do ZUS zgodnie z obowiązującymi przepisami – na bieżąco.

.....

Załączniki:

1. Wniosek poszkodowanego o wypłatę odszkodowania
2. Zaświadczenie o stanie zdrowia N-9
3. Zapis wyjaśnień poszkodowanego
4. Zapis informacji zebranych od świadka
5. Protokół powypadkowy
6. Oświadczenie o trzeźwości poszkodowanego