

.....
(nazwisko i imię poszkodowanego)

Gdańsk, dnia.....20..... r

.....
(miejsce pracy poszkodowanego)

.....
(stanowisko pracy)

.....
(PESEL poszkodowanego)

Uniwersytet Gdański
ul. Bażyńskiego 8
80-309 GDAŃSK

WNIOSEK O JEDNORAZOWE ODSZKODOWANIE

Proszę o skierowanie mnie do Lekarza Orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych
celem ustalenia procentowego uszczerbku na zdrowiu i wypłacenie jednorazowego
odszkodowania w związku z wypadkiem przy pracy któremu uległam/em w dniu:
..... zaistniałym podczas realizacji umowy zlecenia
Nr..... z dnia.....

.....
(podpis poszkodowanego)