

.....
Imię i nazwisko poszkodowanego(ej)

.....
Miejscowość i data

.....
dane pracodawcy

WNIOSEK

Uprzejmie proszę o skierowanie mnie do lekarza-orzecznika ZUS w celu ustalenia stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu, jakiego doznałem(łam) w wyniku wypadku przy pracy, wypadku zrównanego z wypadkiem przy pracy* w dniu r., doznanej choroby zawodowej – decyzja nr z dnia * i wypłaty jednorazowego odszkodowania.

.....
Podpis poszkodowanego(ej)

*niepotrzebne skreślić

Załącznik:
Druk N-9