

OMMF Munkavédelmi Felügyelősége

Értesítés

Cím:

Értesítem, hogy (név)

(tajszám) □□□□□□□□

..... (születési hely, idő)

..... (anya neve)

..... (lakcím)

Munkáltató neve (központi telephely):

Adószám: □□□□□□□□-□-□□

Adóazonosító jel: □□□□□□□□

Telephely címe (a bejelentés helye szerint):

Bejelentett és kivizsgált foglalkozási betegsége elfogadást nyert.

A megbetegedés baleseti ellátásra jogot adó betegség

Igen

Sorszáma:

Nem

Dátum:

.....
aláírás, pecsét