

WNIOSEK PRACODAWCY O KONTROLĘ ZAŚWIADCZENIA LEKARSKIEGO

Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten wniosek, jeżeli chcesz, żebyśmy skontrolowali zwolnienie lekarskie, które lekarz wystawił Twojemu pracownikowi.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)
3. We wniosku podaj **adres do korespondencji** w tej sprawie

Dane wnioskodawcy

NIP

PESEL

Podaj numer PESEL, jeżeli nie masz NIP

Nazwa albo imię i nazwisko pracodawcy

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

Numer telefonu

Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w Twojej sprawie

Zakres wniosku

Proszę o przeprowadzenie kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich w stosunku do pracownika:

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu
potwierdzającego tożsamość

Jeśli pracownik nie ma numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu oraz datę urodzenia

Data urodzenia

dd / mm / rrrr

Imię

Nazwisko

