

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

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:

Numer PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu
potwierdzającego tożsamość*Jeśli pracownik nie ma numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu*

Imię

Nazwisko

Podaj adres pobytu pracownika w okresie czasowej niezdolności do pracy:

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

Numer telefonu

Podaj numer telefonu pracownika. To nie jest obowiązkowe, ale ułatwi nam kontakt w sprawie

Zaświadczenie lekarskie pracownika

Seria i numer zaświadczenia lekarskiego

Zaświadczenie lekarskie wystawione na okres od

do

dd / mm / rrrr

dd / mm / rrrr

Załączniki

Jeśli zaświadczenie lekarskie nie zostało wystawione w formie dokumentu elektronicznego, załącz jego skan/kserokopię.

Załączam dokumentów.

Dodatkowe informacje

Np. Podaj (jeśli posiadasz) adres e-mail pracownika, ułatwi to kontakt w sprawie

Data

dd / mm / rrrr

Podpis i pieczęć