

.....

 (nazwa i adres płatnika składek lub pieczęćka, jeżeli ją posiada)

WNIOSEK

**o zwrot kosztów poniesionych w związku ze skierowaniem
 ubezpieczonego na badania niezbędne do ustalenia zawartości alkoholu,
 środków odurzających lub substancji psychotropowych w organizmie**

I. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

1. Imię i nazwisko lub nazwa
-
2. Adres siedziby
3. NIP REGON
4. PESEL lub serię i numer dowodu osobistego albo paszportu

 rodzaj dokumentu seria numer

II. DANE IDENTYFIKACYJNE UBEZPIECZONEGO

1. Imię i nazwisko ubezpieczonego
2. PESEL, a w razie gdy ubezpieczonemu nie nadano numeru PESEL – serię i numer dowodu osobistego lub paszportu

 rodzaj dokumentu seria numer
3. Data i miejsce urodzenia
4. Adres zamieszkania

III. INFORMACJA O PONIESIONYCH KOSZTACH BADAŃ

.....

IV. NUMER RACHUNKU BANKOWEGO PŁATNIKA SKŁADEK

.....

V. ZAŁĄCZNIKI

1.
2.
3.

.....
 (miejscowość i data)

.....
 (podpis płatnika składek i pieczęćka, jeżeli ją posiada)