

WZÓR

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