|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ZGŁOSZENIE WYPADKU **w celu wszczęcia postępowania powypadkowego** | **BHP** |

**1. Zgłaszam wypadek, który wydarzył się:**

|  |  |
| --- | --- |
| Data wypadku |  |
| Godzina |  |
| Miejsce wypadku |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj i miejsce urazu** |  |

**2. Poszkodowany (a):**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię |  |
| Data i miejsce urodzenia |  |
| Stanowisko  |  |
| Adres zamieszkania Kod - Miejscowość:Ulica i nr domu: |  |
| Telefon kontaktowy |  |

**3. Opis przebiegu zdarzenia:**

|  |
| --- |
|  |

**4. Świadkowie zdarzenia:**

### **Imię i nazwisko – stanowisko – jednostka organizacyjna – tel. kontaktowy**

|  |
| --- |
|  |

**5. Pomoc medyczna:**

***Nazwa jednostki służby zdrowia, adres, telefon***

|  |
| --- |
|  |

6. Działania podjęte po zdarzeniu*: (techniczne, organizacyjne)*

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

 Data Osoba kierująca pracami zgłaszająca wypadek

imię i nazwisko / podpis

**Uwaga: Zgłoszenie przesłać niezwłocznie drogą elektroniczną lub przekazać pracownikowi Służby BHP jednostki organizacyjnej.**