

Wypełnia RCGW S.A.
Numer kolejny dokumentu / rok:

Załącznik nr 2 do Kodeksu postępowania dostawców

I N F O R M A C J A

o wypadku przy pracy / zdarzeniu potencjalnie wypadkowym * w firmie usługowej

Nazwa i adres firmy usługowej	
Imię i nazwisko osoby poszkodowanej, stanowisko	
Data, godzina wypadku / zdarzenia potencjalnie wypadkowego *	
Miejsce wypadku / zdarzenia potencjalnie wypadkowego *	
Umiejscowienie urazu (dotyczy wypadku przy pracy)	
Rodzaj wypadku	<input type="checkbox"/> powodujący czasową niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> ciężki <input type="checkbox"/> śmiertelny <input type="checkbox"/> zbiorowy
Opis okoliczności wypadku / zdarzenia potencjalnie wypadkowego *	
Czynność wykonywana podczas wypadku / zdarzenia potencjalnie wypadkowego *	

Potwierdzenie przyjęcia informacji przez RCGW S.A. Imię i nazwisko, podpis, data	Przedstawiciel firmy usługowej Imię i nazwisko, podpis, data
--	--

Uwaga: wypełniony formularz należy dostarczyć do dyspozytora lub służby BHP RCGW S.A. w terminie 5 dni od daty wypadku

(*) – niepotrzebne skreślić