

OMMF ..... Munkavédelmi Felügyelősége

**Értesítés**

Cím: .....

Értesítem, hogy ..... (név)

(tajszám) □□□□□□□□

..... (születési hely, idő)

..... (anya neve)

..... (lakcím)

Munkáltató neve (központi telephely): .....

Adószám: □□□□□□□□-□-□□

Adóazonosító jel: □□□□□□□□

Telephely címe (a bejelentés helye szerint): .....

Bejelentett és kivizsgált foglalkozási betegsége elfogadást nyert.

A megbetegedés baleseti ellátásra jogot adó betegség

Igen

Sorszáma:

Nem

Dátum: .....

.....  
aláírás, pecsét