............................................, dnia .......................

(miejscowość)

**OŚWIADCZENIE ŚWIADKA WYPADKU**

Ja, niżej podpisany:

1) stopień wojskowy, imię i nazwisko ............................................................................................,

2) data urodzenia .............................................................................................................................,

3) nr PESEL ....................................................................................................................................,

4) przynależność służbowa / miejsce pracy\*1) .................................................................................,

5) stanowisko służbowe / stanowisko pracy\*1) .................................................................................,

6) miejsce zamieszkania ..................................................................................................................,

7) telefon kontaktowy ......................................................................................................................,

8) stosunek do osoby poszkodowanej .............................................................................................,

oświadczam, co następuje: ………………………………………………………………………...

...........................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................

 .....................................................

 (podpis świadka wypadku)

\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Niewłaściwe skreślić.

1) Dotyczy żołnierzy oraz pracowników resortu obrony narodowej