BUTLLETÍ DE SOL·LICITUD DE PRIMERA ASSISTÈNCIA

SEU SOCIAL
Sancho y Gil, 2-4. 50001 ZARAGOZA Tel. 976 30 13 60 Fax 976 70 18 81

Aquest butlletí s'ha de **LLIURAR EN LESIONAT,** per presentar-lo al metge que l'assisteixi

(AQUEST BUTLLETÍ ES COMPON DE 3 CÒPIES - CÒPIA 1)

TREBALLADOR

Nom i Cognoms	Núm. Afiliació S. Social	DNI/NIE	Telèfon
Domicili i localitat	Ofici i Categoria		

EMPRESA

Nom	Codi Compte Cotització	C.I.F o N.I.F	Telèfon
Domicili i localitat	Persona de contacte a l'empresa		

INCIDÈNCIA

Hora ___ ___ : ___ ___ i Data ___ ___ / ___ ___ / ___ ___ del fet que motiva l'assistència.

Treball que realitzava quan va necessitar assistència mèdica (detallar-ho el màxim possible):

Firma i Segell de l'Empresa

_____ a _____ de _____ de _____

(*) En cas de reconèixer aquesta assistència per MAZ derivada de contingència professional, llevat refús del mateix per l'Empresa, aquesta haurà de tramitar el corresponent comunicat d'accident de treball sense baixa mèdica, a través del Sistema Delt@, segons el ressenyat en l'ordre TAS 2926/2002 de 19 de Novembre o AOC segons el ressenyat en l'ordre TRI 10/2004 publicada en el DOGC vigent des de l'01 de Gener de 2004. En cas de tractar-se d'una Malaltia Professional o Període OB EP, amb baixa o sense baixa, hauran de remetre a MAZ la «Sol·licitud de Dades a Transmetre al CEPROSS», de conformitat amb el que estableix l'ordre TAS/1/2007 de 2 de Gener.

BUTLLETÍ DE SOL·LICITUD DE PRIMERA ASSISTÈNCIA

SEU SOCIAL
Sancho y Gil, 2-4. 50001 ZARAGOZA Tel. 976 30 13 60 Fax 976 70 18 81

Exemplar **PER A L'EMPRESA**
(AQUEST BUTLLETÍ ES COMPON DE 3 CÒPIES - **CÒPIA 2**)

TREBALLADOR

Nom i Cognoms	Núm. Afiliació S. Social	DNI/NIE	Telèfon
Domicili i localitat	Ofici i Categoria		

EMPRESA

Nom	Codi Compte Cotització	C.I.F o N.I.F	Telèfon
Domicili i localitat	Persona de contacte a l'empresa		

INCIDÈNCIA

Hora ___ ___ : ___ ___ i Data ___ ___ / ___ ___ / ___ ___ del fet que motiva l'assistència.

Treball que realitzava quan va necessitar assistència mèdica (detallar-ho el màxim possible):

Firma i Segell de l'Empresa

_____ a _____ de _____ de _____

(*) En cas de reconèixer aquesta assistència per MAZ derivada de contingència professional, llevat refús del mateix per l'Empresa, aquesta haurà de tramitar el corresponent comunicat d'accident de treball sense baixa mèdica, a través del Sistema Delt@, segons el ressenyat en l'ordre TAS 2926/2002 de 19 de Novembre o AOC segons el ressenyat en l'ordre TRI 10/2004 publicada en el DOGC vigent des de l'01 de Gener de 2004. En cas de tractar-se d'una Malaltia Professional o Període OB EP, amb baixa o sense baixa, hauran de remetre a MAZ la «Sol·licitud de Dades a Transmetre al CEPROSS», de conformitat amb el que estableix l'ordre TAS/1/2007 de 2 de Gener.

BUTLLETÍ DE SOL·LICITUD DE PRIMERA ASSISTÈNCIA

SEU SOCIAL
Sancho y Gil, 2-4. 50001 ZARAGOZA Tel. 976 30 13 60 Fax 976 70 18 81

Aquest exemplar s'ha de **REMETRE A LA DIRECCIÓ PROVINCIAL DE MAZ CORRESPONENT**

Veure en: **www.maz.es**

(AQUEST BUTLLETÍ ES COMPON DE 3 CÒPIES - **CÒPIA 3**)

TREBALLADOR

Nom i Cognoms	Núm. Afiliació S. Social	DNI/NIE	Telèfon
Domicili i localitat	Ofici i Categoria		

EMPRESA

Nom	Codi Compte Cotització	C.I.F o N.I.F	Telèfon
Domicili i localitat	Persona de contacte a l'empresa		

INCIDÈNCIA

Hora ___ ___ : ___ ___ i Data ___ ___ / ___ ___ / ___ ___ del fet que motiva l'assistència.

Treball que realitzava quan va necessitar assistència mèdica (detallar-ho el màxim possible):

Firma i Segell de l'Empresa

_____ a _____ de _____ de _____

(*) En cas de reconèixer aquesta assistència per MAZ derivada de contingència professional, llevat refús del mateix per l'Empresa, aquesta haurà de tramitar el corresponent comunicat d'accident de treball sense baixa mèdica, a través del Sistema Delt@, segons el ressenyat en l'ordre TAS 2926/2002 de 19 de Novembre o AOC segons el ressenyat en l'ordre TRI 10/2004 publicada en el DOGC vigent des de l'01 de Gener de 2004. En cas de tractar-se d'una Malaltia Professional o Període OB EP, amb baixa o sense baixa, hauran de remetre a MAZ la «Sol·licitud de Dades a Transmetre al CEPROSS», de conformitat amb el que estableix l'ordre TAS/1/2007 de 2 de Gener.