BOLETÍN DE SOLICITUD DE PRIMERA ASISTENCIA

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

Este boletín se ha de **ENTREGAR AL LESIONADO,** para presentarlo al médico que lo asista
(ESTE BOLETÍN SE COMPONE DE 3 COPIAS - COPIA 1)

TRABAJADOR

Nombre y Apellidos	Núm. Afiliación S. Social	DNI/NIE	Teléfono
Domicilio y localidad	**Oficio y Categoría**		

EMPRESA

Nombre	Código Cuenta Cotización	C.I.F o N.I.F	Teléfono
UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA (Escuela de Ingeniería y Arquitectura - EINA)		Q5018001G	876553150
Domicilio y localidad	**Persona de contacto en la empresa**		
C/ PEDRO CERBUNA, 12, 50009 ZARAGOZA (EINA:C/ María de Luna, 3, 50018-Z)	UNIDAD DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES		

INCIDENCIA

Hora ___ ___ : ___ ___ y Fecha ___ ___ / ___ ___ / ___ ___ del hecho que motiva la asistencia.	Firma y Sello de la Empresa
Acción que realizaba cuando precisó de asistencia médica (detallarlo el máximo posible):	ZARAGOZA _____ a _____ de _____ de _____

(*) En caso de reconocerse dicha asistencia por MAZ como derivada de contingencia profesional, salvo rehuse del mismo por la Empresa, ésta deberá tramitar el correspondiente Parte de Accidente de Trabajo o Relación de Accidente de Trabajo Sin Baja Médica, a través del Sistema Delt@, según lo reseñado en la Orden TAS 2926/2002 de 19 de Noviembre. En caso de tratarse de una Enfermedad Profesional o Periodo. Ob. EP, con baja o sin baja, deberán remitir a MAZ la «Solicitud de Datos a Transmitir al CEPROSS», conforme a lo establecido en la Orden TAS/1/2007 de 2 de enero.

MAZ suma Intermutual

BOLETÍN DE SOLICITUD DE PRIMERA ASISTENCIA

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

Ejemplar **PARA LA EMPRESA**

(ESTE BOLETÍN SE COMPONE DE 3 COPIAS - **COPIA 2**)

TRABAJADOR

Nombre y Apellidos	Núm. Afiliación S. Social	DNI/NIE	Teléfono
Domicilio y localidad	**Oficio y Categoría**		

EMPRESA

Nombre	Código Cuenta Cotización	C.I.F o N.I.F	Teléfono
UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA (Escuela de Ingeniería y Arquitectura - EINA)		Q5018001G	876553150
Domicilio y localidad	**Persona de contacto en la empresa**		
C/ PEDRO CERBUNA, 12, 50009 ZARAGOZA (EINA:C/ María de Luna, 3, 50018-Z)	UNIDAD DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES		

INCIDENCIA

Hora ___ ___ : ___ ___ y Fecha ___ ___ / ___ ___ / ___ ___ del hecho que motiva la asistencia.	Firma y Sello de la Empresa
Acción que realizaba cuando precisó de asistencia médica (detallarlo el máximo posible):	ZARAGOZA _____ a _____ de _____ de _____

(*) En caso de reconocerse dicha asistencia por MAZ como derivada de contingencia profesional, salvo rehuse del mismo por la Empresa, ésta deberá tramitar el correspondiente Parte de Accidente de Trabajo o Relación de Accidente de Trabajo Sin Baja Médica, a través del Sistema Delt@, según lo reseñado en la Orden TAS 2926/2002 de 19 de Noviembre. En caso de tratarse de una Enfermedad Profesional o Periodo. Ob. EP, con baja o sin baja, deberán remitir a MAZ la «Solicitud de Datos a Transmitir al CEPROSS», conforme a lo establecido en la Orden TAS/1/2007 de 2 de enero.

BOLETÍN DE SOLICITUD DE PRIMERA ASISTENCIA

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

Este ejemplar se ha de **REMITIR A LA DIRECCIÓN PROVINCIAL DE MAZ CORRESPONDIENTE**

Ver en: **www.maz.es**

(ESTE BOLETÍN SE COMPONE DE 3 COPIAS - COPIA 3)

TRABAJADOR

Nombre y Apellidos	Núm. Afiliación S. Social	DNI/NIE	Teléfono
Domicilio y localidad	**Oficio y Categoría**		

EMPRESA

Nombre	Código Cuenta Cotización	C.I.F o N.I.F	Teléfono
UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA (Escuela de Ingeniería y Arquitectura - EINA)		Q5018001G	876553150
Domicilio y localidad	**Persona de contacto en la empresa**		
C/ PEDRO CERBUNA, 12, 50009 ZARAGOZA (EINA:C/ María de Luna, 3, 50018-Z)	UNIDAD DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES		

INCIDENCIA

Hora ___ ___ : ___ ___ y Fecha ___ ___ / ___ ___ / ___ ___ del hecho que motiva la asistencia.	Firma y Sello de la Empresa
Acción que realizaba cuando precisó de asistencia médica (detallarlo el máximo posible):	ZARAGOZA _____ a _____ de _____ de _____

(*) En caso de reconocerse dicha asistencia por MAZ como derivada de contingencia profesional, salvo rehuse del mismo por la Empresa, ésta deberá tramitar el correspondiente Parte de Accidente de Trabajo o Relación de Accidente de Trabajo Sin Baja Médica, a través del Sistema Delt@, según lo reseñado en la Orden TAS 2926/2002 de 19 de Noviembre. En caso de tratarse de una Enfermedad Profesional o Periodo. Ob. EP, con baja o sin baja, deberán remitir a MAZ la «Solicitud de Datos a Transmitir al CEPROSS», conforme a lo establecido en la Orden TAS/1/2007 de 2 de enero.