

Sprawca kolizji

.....
imię i nazwisko

.....
adres sprawcy

.....
numer kontaktowy

.....
seria i numer dowodu osobistego

.....
numer prawa jazdy

.....
kategoria prawa jazdy

Samochód

.....
marka samochodu

.....
numer rejestracyjny

.....
właściciel

.....
adres właściciela

.....
nr polisy OC

.....
nr polisy AC

.....
ubezpieczyciel

Poszkodowany

.....
imię i nazwisko

.....
adres poszkodowanego

.....
numer kontaktowy

.....
seria i numer dowodu osobistego

.....
numer prawa jazdy

.....
kategoria prawa jazdy

Samochód

.....
marka samochodu

.....
numer rejestracyjny

.....
właściciel

.....
adres właściciela

.....
nr polisy OC

.....
nr polisy AC

.....
ubezpieczyciel

Przebieg kolizji

.....
miejsce

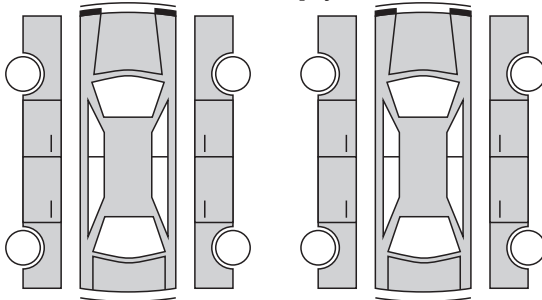
.....
data

.....
godzina

skic sytuacji z zaznaczeniem kierunku ruchu pojazdów w momencie kolizji

.....
opis zdarzenia
.....
.....
.....

uszkodzenia pojazdu



sprawcy

poszkodowanego

.....
świadkowie



 carolina
fleet
management

Carolina Fleet Assistance 24h

22 318 89 98

Dział Operacyjny CFM 8.00-18.00 22 492 56 70

Oświadczam, że ponoszę pełną odpowiedzialność za spowodowanie wyżej opisanej kolizji

.....
podpis **sprawcy**

.....
podpis **poszkodowanego**