# KARTA INFORMACYJNA O ZDARZENIU Z UDZIAŁEM AUTOBUSU KOMUNIKACJI MIEJSKIEJ

| nr karty | data | godzina | miejsce zdarzenia i kierunek jazdy autobusu |
|---|---|---|---|
| | | | |

| wypadek likwidował: | interwencja policji (stopień, imię i nazwisko) |
|---|---|
| | |

| **Przewoźnik** | autobus | linia: | brygada: | nr taborowy: |
|---|---|---|---|---|
| | kierowca | imię i nazwisko: | | nr sł.: |

| **pojazd obcy:** | rodzaj pojazdu | właściciel (imię, nazwisko i adres) |
|---|---|---|
| | nr rejestracyjny | kierowca (imię, nazwisko i adres) |

(w przypadku, gdy pojazd obcy jest autobusem linii ZTM):

| przewoźnik: | linia | brygada | nr taborowy |
|---|---|---|---|
| | | | |

**Opis zdarzenia**:

uszkodzenia autobusu

| **warunki** | pogoda | widoczność | temperatura | rodzaj nawierzchni | stan nawierzchni |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

| **włączony autobus rezerwowy:** | nr taborowy **x** | godzina **x** | miejsce **x** | kierunek **.x** |
|---|---|---|---|---|

| **powiadomienie** | | **strata czasowa brygady** |
|---|---|---|
| Nadzoru Ruchu Przewoźnika | Centrali Ruchu ZTM | |
| godz nazwisko | godz nazwisko | minut |

**dane personalne osób poszkodowanych**

| imię i nazwisko | wiek | adres | kwalifik. | szpital |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**kartę wypełnił**