

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres zamieszkania)

**Do Wojewódzkiego Zespołu do Spraw  
Orzekania o Niepełnosprawności w Katowicach**

**za pośrednictwem**

**Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania  
o Niepełnosprawności w Żywcu**

## **ODWOŁANIE**

Niniejszym odwołuję się od decyzji Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Żywcu z dnia ..... numer sprawy PZON-531.../...../2017 w szczególności zapisu: .....

## **UZASADNIENIE**

.....  
miejsce i data

.....  
podpis osoby odwołującej się

Załączniki:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....