

.....
(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.