

.....
(miejscowość, data)

Sąd Okręgowy

w

Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

.....

.....

(adres)

za pośrednictwem

Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

Oddział w

.....

.....

(adres)

dotyczy decyzji odmownej z dnia, znak

odwołująca/-cy:

(imię i nazwisko)

.....

(Adres)

.....

(numer PESEL)

ODWOŁANIE

OD DECYZJI ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Z DNIA, znak

Działając w imieniu własnym, wnoszę odwołanie od decyzji Zakładu Ubezpieczeń
Społecznych Oddział w wydanej dnia, znak

.....

[illegible]

UZASADNIENIE

[illegible]

.....

.....

.....

.....
(podpis)

Załączniki:

1.
2.