

.....  
Imię i nazwisko

Białystok, dn. ....

.....  
Adres zamieszkania

.....  
Telefon

.....  
Jednostka odwoławcza

.....  
Adres

Za pośrednictwem  
Podlaskiego Wojewódzkiego Ośrodka  
Medycyny Pracy w Białymstoku

### Odwołanie

Odwołuję się od orzeczenia lekarskiego nr .....

Wydanego dnia .....

Przez .....

Uzasadnienie:

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
Podpis