

Wołomin, dnia

.....
imię i nazwisko

.....
adres

Zakład Ubezpieczeń Społecznych

.....

Upoważniam Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Wołominie do wystąpienia w moim imieniu o kopię aktualnego orzeczenia lekarza orzecznika ZUS oraz kopię pełniej opinii Lekarza Orzecznika ZUS z określeniem występujących schorzeń - oceny z przebiegu badania, w celu wydania przez w/w Zespół orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień.

.....
Podpis Wnioskodawcy