……
Miejscowość, dnia

.....
Nazwisko i imię

.....
Adres

.....
Telefon

ODWOŁANIE

Nie zgadzam się z orzeczeniem lekarskim numer …….…. z dnia ……..……..

Proszę o ponowne badanie w (właściwe zaznaczyć ☒):

- ☐ Centrum Naukowym Medycyny Kolejowej w Warszawie
- ☐ Instytucie Medycyny Pracy im. prof. dr med. Jerzego Nofera w Łodzi
- ☐ Instytucie Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie
- ☐ Uniwersyteckim Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni
- ☐ Wojskowym Instytucie Medycyny Lotniczej w Warszawie

…….
Podpis