

....., dnia ..... (miejscowość i data sporządzenia sprzeciwu)

Dane osoby wnoszącej sprzeciw:

Imię i nazwisko: .....

Adres zamieszkania: .....

PESEL: ..... (numer PESEL osoby badanej)

Numer sprawy / znak: ..... (przepisz znak lub numer sprawy z  
orzeczenia albo z pisma ZUS, jeśli został podany)

Adresat:

Komisja Lekarska Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

za pośrednictwem: .....

(nazwa i adres oddziału ZUS, który doręczył Ci orzeczenie; sprzeciw składasz w tym oddziale, a on  
przekazuje go komisji)

### Sprzeciw od orzeczenia lekarza orzecznika ZUS

Wnoszę sprzeciw od orzeczenia lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia  
..... (data wydania orzeczenia), znak / numer sprawy .....  
(oznaczenie z orzeczenia), doręzonego mi w dniu ..... (data, w której odebrałeś  
orzeczenie; od niej liczy się czternaście dni).

Zaskarżam powyższe orzeczenie w całości i nie zgadzam się z ustaleniem, że:

.....

(wpisz, co konkretnie kwestionujesz, przepisując sformułowanie z orzeczenia, np. że nie jesteś  
niezdolny do pracy, że jesteś tylko częściowo, a nie całkowicie niezdolny do pracy, że nie jesteś  
niezdolny do samodzielnej egzystencji, albo że orzeczono niezdolność na zbyt krótki okres)

Wnoszę o:

1. uchylenie zaskarżonego orzeczenia i wydanie przez komisję lekarską ZUS orzeczenia  
stwierdzającego: ..... (wpisz, o jakie ustalenie wnosisz, np. o uznanie  
Cię za całkowicie niezdolnego do pracy albo za niezdolnego do samodzielnej egzystencji),
2. przeprowadzenie badania przez komisję lekarską oraz uwzględnienie dołączonej dokumentacji  
medycznej,
3. dopuszczenie dowodu z opinii lekarza specjalisty z zakresu .....  
(wskaż dziedzinę odpowiadającą Twojemu schorzeniu, np. neurologii, ortopedii, kardiologii,  
psychiatrii) na okoliczność mojego rzeczywistego stanu zdrowia i stopnia niezdolności do pracy.

## Uzasadnienie

.....

.....

.....

*(opisz własnymi słowami, na co chorujesz i dlaczego nie zgadzasz się z orzeczeniem: jakie masz schorzenia, jak ograniczają Twoją zdolność do pracy i samodzielnego funkcjonowania, jak długo się leczysz, jakie badania i zabiegi przeszedłeś oraz co pominięto podczas badania u lekarza orzecznika; powołaj się na konkretną dokumentację medyczną, którą załączasz)*

.....

*(czytelny podpis osoby wnoszącej sprzeciw)*

### Załączniki:

1. .... *(dokumentacja medyczna, np. karty informacyjne z leczenia szpitalnego, wyniki badań, zaświadczenia od lekarzy specjalistów, opinie i konsultacje)*
2. .... *(orzeczenia o niepełnosprawności lub inne dokumenty potwierdzające stan zdrowia, jeśli je posiadasz)*
3. .... *(pełnomocnictwo, jeśli sprzeciw składa w Twoim imieniu inna osoba)*