

.....
(Miejscowość i data)

.....
(Imię i nazwisko osoby skarżącej się)

.....
.....
.....
(Dokładny adres, nr tel. lub e-mail)

Do Kierownika
Samodzielnego Publicznego Ośrodka
Zdrowia w Łapszach Niżnych
ul. Długa 169
34-442 Łapsze Niżne

SKARGA

Na podstawie art. 227 Kodeksu postępowania administracyjnego składam skargę

na
(na kogo?)

Przedmiotem skargi jest

.....
.....
.....
(zaniedbanie lub nienależyte wykonanie zadań, naruszenie praworządności lub interesów skarżącego, przewlekłe lub biurokratyczne załatwianie spraw lub inne)

Uzasadnienie:

.....
.....
.....
(opisujemy fakty, wskazujemy na nieprawidłowości, powołujemy się na załączone do skargi dokumenty, które uzasadniają złożenie skargi, informujemy o toczącym się postępowaniu administracyjnym – podajemy znak sprawy)

.....
(podpis)