Zabrze, …..……………..

………………………………….

(pieczęć placówki)

Urząd Miejski w Zabrzu

Wydział Oświaty, Zdrowia  
 i Spraw Społecznych

ul. Wolności 286

41-800 Zabrze

WNIOSEK   
O WYCOFANIE UPRAWNIEŃ

Dyrektor…………………………………………………………………………………

(nazwa placówki)

dla której organem prowadzącym jest Miasto Zabrze, wnioskuje o wycofanie uprawnień   
do systemu[[1]](#footnote-1):

□ PABS

□ NABO

□ OSON

dla Pani/a ………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko)

z powodu ………………………………………………………………………………….........

(podać powód)

…....………………….…………….

(podpis i pieczątka dyrektora)

1. Zaznacz odpowiednie pole. [↑](#footnote-ref-1)