

Załącznik do Zarządzenia nr 42/18 z dnia 17.04.2018r.

Biała Podlaska, dnia

**Wniosek
o zmianę dyżuru/przekazanie dyżuru innemu lekarzowi**

Proszę o zmianę dyżurów w dniu za
dyżur będzie pełnił/a, a w
dniu za
dyżur będzie pełnił/a.

.....
podpis lekarza zmieniającego dyżur

.....
podpis **Lekarza Kierującego Pododdziałem Neurochirurgii**

.....
podpis lekarza przyjmującego pełnienie dyżuru

.....
podpis Dyrektora ds. Medycznych