

Załącznik do Zarządzenia nr 64/25 z dnia 04.07.2025r.

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 Lek. Kierującego Oddz. Chirurgicznym

.....
podpis lekarza przyjmującego pełnienie dyżuru

.....
podpis Dyrektora ds. Medycznych