

Biała Podlaska, dnia

**Wniosek
o zmianę udzielania świadczeń/przekazanie udzielania świadczeń innemu
opiekunowi medycznemu**

Proszę o zmianę udzielania świadczeń w dniu za
w dniu świadczeń będzie udzielał/a, a
w dniu świadczeń będzie udzielał/a

.....
podpis opiekuna zmieniającego udzielanie świadczeń

.....
podpis Pielęgniarki Oddziałowej Zespołu Opieki
Medycznej – Domowy Szpital

.....
podpis opiekuna przyjmującego udzielanie świadczeń

.....
podpis Dyżurnej Pielęgniarki - Koordynator