

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 / osoby zastępującej

.....  
podpis opiekuna przyjmującego udzielanie świadczeń

.....  
podpis Dyżurnej Pielęgniarki - Koordynator