

Załącznik nr 2 do Zarządzenia nr 64/25 z dnia 04.07.2025r.

Biała Podlaska, dnia

**Wniosek
o zmianę dyżuru/przekazanie dyżuru innemu ratownikowi medycznemu**

Proszę o zmianę dyżurów:

w dniu w godz. za

dyżur będzie pełnił/-a,

a w dniu w godz. za

dyżur będzie pełnił/-a.

.....
podpis ratownika zmieniającego dyżur

.....
podpis Koordynatora SOR

.....
podpis ratownika przyjmującego pełnienie dyżuru

.....
podpis Dyżurnej Pielęgniarki - Koordynator