

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 w godz. za

dyżur będzie pełnił/-a.....

a w dniu w godz. za

dyżur będzie pełnił/-a.....

.....
podpis lekarza zmieniającego udzielanie świadczeń

.....
podpis Kierownika Zespołu SOR z IP

.....
podpis lekarza przyjmującego udzielanie świadczeń

.....
podpis Dyrektora ds. Medycznych