

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

Biała Podlaska, dnia .....

**Wniosek  
o zmianę dyżuru/przekazanie dyżuru innej pielęgniarce**

Proszę o zmianę dyżurów:

w dniu ..... w godz. .... za .....

dyżur będzie pełnił/-a .....,

a w dniu ..... w godz. .... za .....

dyżur będzie pełnił/-a.

.....  
podpis pielęgniarki zmieniającej dyżur

.....  
Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Neurologicznego  
z Pododdziałem Udarowym lub pełniącego zastępstwo

.....  
podpis pielęgniarki przyjmującej pełnienie dyżuru

.....  
podpis Dyżurnej Pielęgniarki - Koordynator