

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

Biała Podlaska, dnia

**Wniosek
o zmianę udzielania świadczeń/przekazanie udzielania świadczeń innej
pielęgniarce**

Proszę o zmianę udzielania świadczeń:

w dniu w godz. za

świadczeń będzie udzielał/-a

.....,

a w dniu w godz. za

świadczeń będzie udzielał/-a.

.....
podpis pielęgniarki zmieniającej udzielanie świadczeń

.....
podpis Pielęgniarki Oddziałowej SOR

.....
podpis pielęgniarki przyjmującej udzielanie świadczeń

.....
podpis Dyżurnej Pielęgniarki - Koordynator