

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 dyżur

.....
podpis Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Neurochirurgicznego

.....
podpis pielęgniarki przyjmującej pełnienie dyżuru

.....
podpis Dyżurnej Pielęgniarki - Koordynator