

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 dyżur

.....
podpis Lek. Kierującego Oddziałem
Otolaryngologicznym

.....
podpis lekarza przyjmującego pełnienie dyżuru

.....
podpis Dyrektora ds. Medycznych