

Biała Podlaska, dnia .....

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

Proszę o zmianę udzielania świadczeń w dniu .....w godzinach .....  
za dzień..... w godzinach..... .

W dniu ..... w godzinach ..... udzielała świadczenia będzie  
....., a w  
dniu .....w godzinach .....udzielała świadczenia  
będzie .....

.....  
podpis położnej zmieniającej udzielanie świadczeń

.....  
podpis Położnej Oddziałowej Oddz. Gin-Poł.

.....  
podpis położnej przyjmującej udzielanie świadczeń

.....  
podpis Naczelnej Pielęgniarki