

Załącznik do Zarządzenia nr 42/18 z dnia 17.04.2018r.

Biała Podlaska, dnia .....

**Wniosek  
o zmianę dyżuru/przekazanie dyżuru innemu lekarzowi**

Proszę o zmianę dyżurów w dniu ..... za ..... dyżur  
..... będzie pełnił/a ....., a w dniu  
..... za ..... dyżur  
..... będzie pełnił/a.

.....  
podpis lekarza zmieniającego dyżur

.....  
podpis Lek.Kierującego Oddz. Neurologicznym z Pododdziałami

.....  
podpis lekarza przyjmującego pełnienie dyżuru

.....  
podpis Dyrektora ds. Medycznych