

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 pielęgniarki zmieniającej dyżur

.....
Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Chirurgicznego
Ogólnego z Pododdziałem Chirurgii Naczyniowej
i Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej

.....
podpis pielęgniarki przyjmującej pełnienie dyżuru

.....
podpis Dyżurnej Pielęgniarki - Koordynator