

Biała Podlaska, dnia

Wniosek
o zmianę udzielania świadczeń/przekazanie udzielania świadczeń innemu
opiekunowi medycznemu

Proszę o zmianę udzielania świadczeń w dniu za
w dniu świadczeń będzie udzielał/a
a w dniu świadczeń będzie udzielał/a

.....
podpis opiekuna zmieniającego udzielanie świadczeń

.....
podpis Pielęgniarki Oddziałowej / osoby zastępującej

.....
podpis opiekuna przyjmującego udzielanie świadczeń

.....
podpis Dyżurnej Pielęgniarki - Koordynator