

Załącznik do Zarządzenia nr 64/25 z dnia 04.07.2025r.

Biała Podlaska, dnia

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

Proszę o zmianę udzielania świadczeń:

w dniu w godz. za

świadczeń będzie udzielała/-a,

a w dniu w godz. za

świadczeń będzie udzielała/-a

.....
podpis pielęgniarki zmieniającej udzielanie świadczeń

.....
podpis Kierownika Bloku Operacyjnego

.....
podpis pielęgniarki przyjmującej udzielanie świadczeń

.....
podpis Dyżurnej Pielęgniarki - Koordynator