Załącznik nr 9 do umowy nr .../ZO/ŚZ-2/5030/16/2020

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 lekarza kierującego Oddz. Chorób Wew. i Geriatrii

…… ……
podpis lekarza przyjmującego pełnienie dyżuru podpis Dyrektora ds. Medycznych