

Biała Podlaska, dnia

**Wniosek
o przekazanie wykonania znieczulenia innemu lekarzowi**

Proszę o zmianę lekarza , który miał wykonać
znieczulenie z zakresu w dniu, na
lekarza , który wykona znieczulenie z zakresu
..... w dniu

.....
podpis lekarza zmieniającego wykonanie znieczulenia

.....
podpis lekarza kierującego Oddz. A i IT

.....
podpis lekarza przyjmującego wykonanie znieczulenia

.....
podpis Dyrektora ds. Medycznych