

Bytom, dnia .....

.....  
( nazwa Oddziału/ pieczęć)

**Szanowny Pan  
Dyrektor  
Szpitala Specjalistycznego Nr 1 w Bytomiu**

**Proszę o wyrażenie zgody na zmianę dyżuru lekarskiego w dniu .....  
zamiast doktora .....dyżur w tym dniu pełnić będzie  
doktor .....**

.....  
podpis lekarza

.....  
podpis lekarza

.....  
Podpis Ordynatora

.....  
podpis Dyrektora