

.....
Imię i Nazwisko Przyjmującego Zamówienie

Świnoujście, dnia.....

.....
Numer umowy

Poradnia Chirurgii Ogólnej
WSPL SPZOZ w Świnoujściu

.....
miejsce udzielania świadczeń

Dyrektor
WSPL SPZOZ w Świnoujściu

Uprzejmie informuję, że w dniach od do nie będę świadczył/a usług zdrowotnych w
Wojskowej Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej SPZOZ w Świnoujściu.

W zastępstwie świadczeń zdrowotnych udzielać będzie:

Zobowiązuję się do powiadomienia personelu rejestracji o nie rejestrowaniu pacjentów w tym terminie.

.....
pieczętka i podpis Przyjmującego Zamówienie

Akceptacja od dnia:.....

.....
podpis i pieczętka Dyrektora WSPL SPZOZ w Świnoujściu
lub osoby upoważnionej