

Rzeszów, dnia .....

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Nr umowy, miejsce udzielania świadczeń

**Dyrektor  
Podkarpackiego Centrum  
Medycznego w Rzeszowie SPZOZ**

Uprzejmie informuję, że w dniach od ..... do .....  
nie będę świadczył/świadczyła\* usług zdrowotnych w Podkarpackim Centrum Medycznym  
w Rzeszowie.

Nie powiadomiłem/am\* - powiadomiłem/am\* personel Działu Obsługi Pacjenta o nie rejestrowaniu  
pacjentów w tym terminie.

W zastępstwie świadczeń zdrowotnych udzielać będzie:

.....

Przyjmuję zastępstwo: .....  
(lekarz przyjmująca zastępstwo)

**\* niepotrzebne skreślić**

.....  
pieczętka i podpis Przyjmującego Zamówienie

.....  
akceptacja Dyrektora PCM w Rzeszowie SPZOZ  
lub osoby upoważnionej