LEGNICA

RAPORT DYSPOZYTORSKI

……

(miejscowość) (data sporządzenia raportu)

DYSPOZYTOR
MEDYCZNY…………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko dyspozytora) (godziny pełnienia dyżuru)

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……………………………………………

(Podpis dyspozytora medycznego)