

BLANKETT FÖR VAL AV HÄLSOCENTRAL

UPPGIFTER OM DEN SOM VÄLJER

Namn:		Adress:	
Postnr, ort:	Personnummer:	Telefonnummer:	
Övriga upplysningar:			
Jag väljer hälsocentralen: (OBS: Fullständigt namn på hälsocentralen, ort.)			

Underskrift:

För barn under 18 år ska målsman skriva under blanketten. Vid gemensam vårdnad behövs underskrift av båda vårdnadshavarna.

(Datum)

(Namnteckning)

(Namnförtydligande)

Underskrift:

(Datum)

(Namnteckning)

(Namnförtydligande)

- Endast en person per blankett. Skicka eller lämna valblanketten till den hälsocentral du valt. I väntan på besked vänder du dig till din nuvarande hälsocentral.
- Har du frågor om ditt val/hälsoval Jämtlands län? Kontakta den hälsocentral du har valt eller landstingets hälsovalskansli på telefon 063-14 24 00 eller e-post: halsoval@jll.se
- Mer information finns på www.jll.se/halsoval

Hälsocentralens anteckningar:

Datum:	Namnteckning:
--------	---------------



www.jll.se/halsoval



Jämtlands Läns
Landsting