Blankett för val av hälsocentral

VÄSTERBOTTEN Hälsoval

Personnummer _____
(ÅÅÅÅMMDD-XXXX)

Namn _____

Adress _____

Postnummer _____ Postadress _____

Telefon _____
bostad arbete mobil

Datum _____

Namnteckning _____

Namnförtydligande _____
För barn under 16 år krävs vårdnadshavarens underskrift.

Jag väljer hälsocentral/sjukstuga

_____

Skicka den ifyllda blanketten till – eller lämna in den på – den hälsocentral eller sjukstuga du har valt.
Adressen hittar du på www.vll.se/halsoval, telefonkatalogen eller i Rätt i vården.

Hälsocentralens anteckningar

_____
Datum när listningen träder i kraft

_____
Datum för inkommen valblankett, namnteckning

VÄSTERBOTTENS LÄNS LANDSTING