

VAL AV HÄLSOCENTRAL

UPPGIFTER OM DIG SOM VÄLJER

Namn:		Adress:	
Postnr, ort:	Personnummer:	Telefonnummer:	
Övriga upplysningar:			
Jag väljer hälsocentralen: (OBS: Fullständigt namn på hälsocentralen, ort.)			
Jag medger att journalkopior får skickas från min gamla hälsocentral till min nya: Jag vill inte att journalkopior skickas från min gamla hälsocentral till min nya:			

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)

- Skicka eller lämna valblanketten till den hälsocentral du valt. I väntan på besked vänder du dig till din nuvarande hälsocentral.
- Om du har frågor, kontakta den hälsocentral du har valt eller regionens hälsovalskansli på telefon 063-14 24 00 eller e-post: halsoval@regionjh.se
- Mer information Finns på www.regionjh.se/halsoval

Hälsocentralens anteckningar:

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



regionjh.se/halsoval

