



Val av hälsocentral

Min nuvarande hälsocentral \_\_\_\_\_

Jag vill byta till \_\_\_\_\_

Namn \_\_\_\_\_

Personnummer \_\_\_\_\_

Adress \_\_\_\_\_

Postnr \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

E-post \_\_\_\_\_

Tel nr hem \_\_\_\_\_

Tel nr arbete \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

Familjemedlemmar som också vill byta:

Namn \_\_\_\_\_

Personnummer \_\_\_\_\_

Namn \_\_\_\_\_

Personnummer \_\_\_\_\_

Namn \_\_\_\_\_

Personnummer \_\_\_\_\_

Namn \_\_\_\_\_

Personnummer \_\_\_\_\_

Namn \_\_\_\_\_

Personnummer \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Underskrift

\_\_\_\_\_

Lämna eller skicka denna blankett till den hälsocentral du önskar tillhöra. I väntan på besked vänder du dig till din nuvarande hälsocentral. Observera att du har får byta hälsocentral högst två gånger per år, var sjätte månad.