

Val av vårdenhet

(En blankett per individ)

Val av vårdenhet:

Val av läkare:

(Val av läkare är endast möjligt om vårdenheten erbjuder detta)

Namn:

Personnummer:

Telefonnummer:

Ort: _____ Datum: _____

Underskrift: _____

Om valet gäller barn eller ungdom under 18 år ska informationen ovan fyllas i, men underskrift sker istället här nedan av samtliga vårdnadshavare. (Vid delad vårdnad måste båda vårdnadshavarna skriva under)

Underskrift vårdnadshavare: _____

Underskrift vårdnadshavare: _____

Posta eller lämna in blanketten till:
Astrakanen Emmaboda Läkarcentrum, Storgatan 15, 361 30 Emmaboda.

De personuppgifter du lämnar kommer att lagras i det dataregister som används för att administrera val av vårdenhet.