

المعلومات الشخصية:

الرجاء أكتب بوضوح!
الاسم:

.....

العنوان:

.....

الرمز البريدي والمدينة ورقم الهاتف:

.....

Personnummer (12 siffror) t. ex. 195806270000

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

سيتم معالجة البيانات وفقا لقانون معلومات المريض وقانون البيانات الشخصية.

ضع علامة X أمام المركز الصحي / وحدة الرعاية الصحية الذي تريد اختياره:

ستحصل في وقت لاحق على تأكيد يرسل إليك عن طريق البريد إلى العنوان الخاص بك من قبل المركز الصحي / وحدة الرعاية الصحية الذي اخترته.

Avesta kommun

- Vårdcentral Avesta
 Vårdcentral Avestahälsan
 Vårdcentral Koppardalen

Borlänge kommun

- Vårdcentral Domnarvet
 Vårdcentral Jakobsgårdarna
 Vårdcentral Kvarnsveden
 Vårdcentral Läkarhuset Borlänge

Falu kommun

- Vårdcentral Britsarvet-Grycksbo **M**
 Falu Vårdcentral
 Vårdcentral Kvarnporten
 Vårdcentral Norslund-Svärdsjö **M**
 Vårdcentral Tisken **M**

Gagnefs kommun

- Vårdcentral Gagnef

Hedemora kommun

- Vårdcentral Hedemora
 Vårdcentral Långshyttan

Leksands kommun

- Vårdcentral Leksand

Ludvika kommun

- Vårdcentral Engelbrekt **M**
 Vårdcentral Ludvika-Grängesberg
 Vårdcentral Sunnansjö

Malung-Sälens kommun

- Vårdcentral Malung
 Vårdcentral Sälen

Mora kommun

- Vårdcentral Mora **M**

Orsa kommun

- Vårdcentral Orsa

Rättviks kommun

- Vårdcentral Rättvik

Smedjebackens kommun

- Vårdcentral Smedjebacken

Säters kommun

- Vårdcentral Säter

Vansbro kommun

- Vårdcentral Vansbro

Älvdalens kommun

- Vårdcentral Särna
 Vårdcentral Älvdalen

M Har mottagningsverksamhet på flera orter. Kontakta vårdcentralen för mer information.

التوقيع:

يقوم ولي الأمر بالتوقيع نيابة عن الأشخاص دون سن 18 عاما. على الوكيل أن يقوم بالتوقيع، إذا تم الاختيار عن طريقه.

التاريخ:

التوقيع:

الاسم:

يجب كتابة الاسم الرقم الشخصي، والتاريخ ومن ثم التوقيع لكي يكون الاختيار صالحاً.

أرسل الاستمارة المعبئة إلى:

Region Dalarna, Hälsovalsenheten, Box 712, 791 29 Falun