

LOMAKE TERVEYSKESKUKSEN VALINTAA VARTEN

Tätä lomaketta käytät valitaksesi terveyskeskuksen. Voit mielellään käyttää lomaketta koko perheellesi. Voit myös tehdä valintasi internetin kautta: Mina vårdkontakter www.lg.se/minavardkontakter

Lisätietoja terveyskeskuksista ja useampia valintalomakkeita saat www.lg.se/halsoval
Saat valintalomakkeita myös terveyskeskuksista.

Lasten huoltaja allekirjoittaa alle 18-vuotiaiden lasten valinnan; molemmat vanhemmat allekirjoittavat, mikäli heillä on jaettu huoltajuus. Lomakkeen voimassaoloa varten tarvitaan sekä päiväys että allekirjoitus. Tietosi säätetään tietokonekisteriin, jonka avulla terveyskeskuksen valintaa hoidetaan.

MINÄ/ME VALITSEN/VALITSEMME/HALUAN/HALUAMME VAIHTAA

Terveyskeskuksen nimi ja osoite	Päiväys
Nimeni	Henkilönumero (12 kpl)
Allekirjoitus	
Terveyskeskuksen nimi ja osoite	Päiväys
Nimeni	Henkilönumero (12 kpl)
Allekirjoitus	
Terveyskeskuksen nimi ja osoite	Päiväys
Lapseni nimi	Henkilönumero (12 kpl)
Nimi (Huoltaja allekirjoittaa, kun kyseessä on alle 18-vuotiaat lapset /nuoret)	Henkilönumero (12 kpl)
Allekirjoitus	
Terveyskeskuksen nimi ja osoite	Päiväys
Lapseni nimi	Henkilönumero (12 kpl)
Nimi (Huoltaja allekirjoittaa, kun kyseessä on alle 18-vuotiaat lapset /nuoret)	Henkilönumero (12 kpl)
Allekirjoitus	
Terveyskeskuksen nimi ja osoite	Päiväys
Lapseni nimi	Henkilönumero (12 kpl)
Nimi (Huoltaja allekirjoittaa, kun kyseessä on alle 18-vuotiaat lapset /nuoret)	Henkilönumero (12 kpl)
Allekirjoitus	

Taita lomake merkittävä linjaa myöten ja sulje teipillä tai laita lomake postimerkillä varustettuun kirjekuoreen ja lähetä osoitteella:
Landstinget Gävleborg, Hälsovalskontoret, 801 88 Gävle

SVERIGE
PORTO BETALT
PORT PAYÉ

**Landstinget Gävleborg
Hälsovalskontoret**

**SVARSPOST
20567336
801 88 Gävle**