

Blankett för val av hälsocentral i Region Gävleborg

På den här blanketten fyller du i ditt val av hälsocentral. Använd gärna blanketten för hela familjen.
Datum och underskrift måste finnas med för att valet ska vara giltigt.
Vid delad vårdnad för barn under 13 år ska båda vårdnadshavare skriva under.

Mer information om hälsocentralerna och fler valblanketter finns på www.regiongavleborg.se/halsoval

Jag är införstådd med att när jag väljer en hälsocentral i Gävleborg län så gäller regelverket i Region Gävleborg

JAG/VI/VÄLJER/ÖNSKAR BYTA TILL

Hälsocentralens namn	Datum
Mitt namn	Personnummer (12 siffror)
Underskrift	
Tidigare hälsocentral.	

Hälsocentralens namn	Datum
Mitt namn	Personnummer (12 siffror)
Underskrift	
Tidigare hälsocentral.	

Hälsocentralens namn	Datum
Mitt barns namn	Personnummer (12 siffror)

Hälsocentralens namn	Datum
Mitt barns namn	Personnummer (12 siffror)

Hälsocentralens namn	Datum
Mitt barns namn	Personnummer (12 siffror)

Tidigare hälsocentral.

Vårdnadshavare skriver under för barn/ungdomar under 18år, vid delad vårdnad skriver båda föräldrarna under.

Namn : Vårdnadshavare skriver under för barn/ungdomar under 18 år	Personnummer (12 siffror)
Underskrift	
Namn : Vårdnadshavare skriver under för barn/ungdomar under 18 år	Personnummer (12 siffror)
Underskrift	

Skicka blanketten till:
Region Gävleborg
Hälsovalskontoret
808 00 Gävle