

Форма для вибору медичного центру



Персональний ідентифікаційний номер. _____
(YYYYMMDD-XXXX)

Ім'я _____

Адреса _____

Поштовий індекс _____ Поштова адреса _____

Телефон _____
домашній робочий мобільний

Дата _____

Підпис _____

Ім'я друкованими літерами _____

Для дітей до 16 років потрібен підпис опікуна.

Я обираю медичний центр/клініку

Надішліть заповнену форму або передайте її особисто до медичного центру чи клініки, яку ви обрали. Адресу можна знайти на сайті 1177.se/hittavard. Надані вами персональні дані зберігатимуться в реєстрі, який використовується для адміністрування вибору медичних центрів. Детальніше про обробку персональних даних дивіться на regionvasterbotten.se/gdpr

Нотатки медичного центру

Дата, коли вибір набуває чинності

Дата отримання формивибору, підпис