



الرقم الشخصي: \_\_\_\_\_  
(السنة، الشهر، اليوم - xxxx)

الإسم: \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_

الرمز البريدي: \_\_\_\_\_ العنوان البريدي: \_\_\_\_\_

رقم الهاتف: \_\_\_\_\_  
لييت العمل المحمول

التاريخ: _____
التوقيع: _____
توضيح الاسم: _____ بالنسبة للطفل الأقل من 16 سنة، توقيع الحاضنين ضروري.

أنا أختار المركز الصحي/ الصحة الطبية _____
---

إرسل الإستمارة المملوءة، أو قدمها إلى المركز الصحي أو المصحة الطبية، التي قمت باختيارها.

#### Hälsöcentralens anteckningar

_____
Datum när listningen träder i kraft
_____
Datum för inkommen valblankett, namnteckning