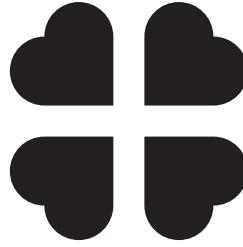


## استمارة اختيار المركز الصحي



**Hälsova** VÄSTERBOTTEN

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

اللهم إني أسألك ملائكة خيرك ونورك وسلامك وعافيةك

العنوان: \_\_\_\_\_

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

رقم الهاتف: \_\_\_\_\_

التاريخ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ التوقيع: \_\_\_\_\_

أنا أختار العذبة / العذبة العذبة

إضا . الاستئناف المملمدة، أو قدمعا الله ، المركـ الصـحـ، أو المصـحةـ الطـبـةـ، التـمـ، قـمـتـ باختـيـاـهـاـ.

## Hälsocentralens anteckningar

Datum när listningen träder i kraft

Datum för inkommen valblankett/namnteckning