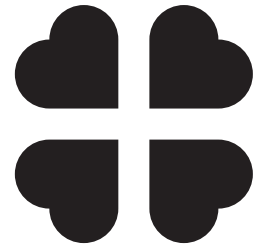


فُرم انتخاب درمانگاه



Hälsöval
VÄSTERBOTTEN

شماره شناسائی فردی _____
(سال چهار رقم-ماه دو رقم- روز دو رقم- چهار شماره-ÅÅÅÅMMDD-XXXX)

نام _____

آدرس _____

کُدپستی _____ نام شهر _____

تلفن _____ منزل _____ محل کار _____ تلفن همراه _____

تاریخ _____
امضاء _____
نام بطور خوانا _____ در مورد کودکان زیر 16 سال امضای سرپرست کودک الزامی است.

من مرکز درمانی/کلیه درمانی زیر را انتخاب می کنم. _____

فُرم را تکمیل کرده و سپس به مرکز درمانی یا کلیه درمانی مورد انتخاب خود ارسال کنید یا تحویل دهید.

Hälsöcentralens anteckningar

Datum när listningen träder i kraft

Datum för inkommen valblankett, namnteckning