

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.

För barn under 18 år ska en vårdnadshavare skriva under. Vid delad vårdnad för barn under 13 år ska båda vårdnadshavarna skriva under.

Mer information om hälsocentralerna och fler valblanketter finns på 1177.se/gavleborg/halsovalgavleborg

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	Datum
-----------------------	-------

Vårdnadshavare skriver under för barn/ungdomar under 18år, vid delad vårdnad för barn under 13 år skriver båda vårdnadshavarna under.

Namn: Vårdnadshavare	Personnummer (12 siffror)
Underskrift	
Namn: Vårdnadshavare	Personnummer (12 siffror)
Underskrift	

Skicka blanketten till:
Region Gävleborg, Hälsovalskontoret, 801 88 Gävle