

# BLANKETT FÖR VAL AV HÄLSOCENTRAL

UPPGIFTER OM DEN SOM VÄLJER

Namn:		Adress:	
Postnr, ort:	Personnummer:	Telefonnummer:	
Övriga upplysningar:			
<b>Jag väljer hälsocentralen:</b> (OBS: Fullständigt namn på hälsocentralen, ort.)			

## Underskrift:

För barn under 18 år ska målsman skriva under blanketten. Vid gemensam vårdnad behövs underskrift av båda vårdnadshavarna.

(Datum)

(Namnteckning)

(Namnförtydligande)

## Underskrift:

(Datum)

(Namnteckning)

(Namnförtydligande)

- Endast en person per blankett. Skicka eller lämna valblanketten till den hälsocentral du valt. I väntan på besked vänder du dig till din nuvarande hälsocentral.
- Har du frågor om ditt val/hälsoval Jämtlands län? Kontakta den hälsocentral du har valt eller landstingets hälsovalskansli på telefon 063-14 24 00 eller e-post: [halsoval@jll.se](mailto:halsoval@jll.se)
- Mer information finns på [www.jll.se/halsoval](http://www.jll.se/halsoval)

## Hälsocentralens anteckningar:

Datum:	Namnteckning:
--------	---------------



[www.jll.se/halsoval](http://www.jll.se/halsoval)



Jämtlands Läns  
Landsting