Obrazac za odabir okružnog zdravstvenog centra

Osobni podaci

Ime i prezime: .....

Osobni identifikacijski broj: .....

Osobni podaci i informacije bit će korišteni sukladno švedskom zakonu o podacima o pacijentima i švedskoj uredbi o osobnim podacima. Okružno vijeće je odgovorno za sve osobne podatke i informacije koje posjeduje općina Kronoberg.

Odabir okružnog zdravstvenog centra

Molimo pišite velikim štampanim slovima. Posjetite stranicu www.ltkronoberg.se/vardval kako biste vidjeli popis dostupnih okružnih zdravstvenih centara.

.....

Potvrda će biti poslana poštom.

Potpis

Staratelji potpisuju za djecu i osobe mlađe od 18 godina.

.....

Datum Potpis

.....

Ime i prezime velikim štampanim slovima

Prijavu poslati na adresu:

Landstinget Kronoberg
Vårdvalsservice
351 85 Växjö