

# Val/byte av husläkare, vuxna

Jag väljer/önskar byta till

Husläkare	
Husläkarmottagning	
Mottagningens postadress	Mottagningens besöksadress

Namn	Personnummer (10 siffror)
Gatuadress	Postadress

Datum	Namnunderskrift	Telefon dagtid
-------	-----------------	----------------

- Skriv ut blanketten, fyll i alla uppgifter och skriv under.  
Du kan skicka in den till oss per post, fax eller lämna in den på mottagningen.