



På den här blanketten fyller du i ditt val av hälsocentral. Använd gärna blanketten för hela familjen.
En förteckning över alla valbara hälsocentraler finns på www.regiongavleborg.se/halsoval. Där finns också mer information om hälsocentralerna och fler valblanketter. Vårdnadshavare skriver under för barn/ungdomar under 18 år. Vid delad vårdnad skriver båda föräldrarna under. Datum och underskrift måste finnas för att valet ska gälla.
Dina uppgifter kommer att lagras i ett dataregister avsett för att administrera val av hälsocentral.

Skicka ifylld och underskriven blankett till: **Region Gävleborg, Hälsovalskontoret, 801 88 Gävle**

Jag/vi väljer/önskar byta till:

VUXEN	HÄLSOCENTRAL: Söderhamnsfjärdens hälsocentral, Söderhamn	
	MITT NAMN:	PERSONNUMMER (ÅÅÅÅMMDD-XXXX):
	UNDERSKRIFT:	DATUM:
BARN/UNGDOM (UNDER 18 ÅR)	HÄLSOCENTRAL: Söderhamnsfjärdens hälsocentral, Söderhamn	
	MITT BARNS NAMN:	PERSONNUMMER (ÅÅÅÅMMDD-XXXX):
	NAMN (vårdnadshavare skriver under för barn/ungdomar under 18 år)	PERSONNUMMER (ÅÅÅÅMMDD-XXXX):
	UNDERSKRIFT:	DATUM:
BARN/UNGDOM (UNDER 18 ÅR)	HÄLSOCENTRAL: Söderhamnsfjärdens hälsocentral, Söderhamn	
	MITT BARNS NAMN:	PERSONNUMMER (ÅÅÅÅMMDD-XXXX):
	NAMN (vårdnadshavare skriver under för barn/ungdomar under 18 år)	PERSONNUMMER (ÅÅÅÅMMDD-XXXX):
	UNDERSKRIFT:	DATUM:
BARN/UNGDOM (UNDER 18 ÅR)	HÄLSOCENTRAL: Söderhamnsfjärdens hälsocentral, Söderhamn	
	MITT BARNS NAMN:	PERSONNUMMER (ÅÅÅÅMMDD-XXXX):
	NAMN (vårdnadshavare skriver under för barn/ungdomar under 18 år)	PERSONNUMMER (ÅÅÅÅMMDD-XXXX):
	UNDERSKRIFT:	DATUM: