

ДА, Я ХОЧУ ПОМЕНИТЬ ПОЛИКЛИНИКУ



Я хочу быть прикреплен(а) к следующей поликлинике:

Я хочу выбрать следующего врача *(только если поликлиника дает такую возможность)*:

Фамилия, имя: _____

№ удостоверения личности: _____

Телефон: _____

Место и дата: _____

Подпись: _____

Внимание! Далее заполняется лицами, обладающими родительскими правами.

Мой выбор относится и к моему/моим ребёнку/детям.

Мой/мои ребенок/дети меняют поликлинику на следующую:

Я хочу выбрать следующего врача *(только если поликлиника дает такую возможность)*:

Я обладаю родительскими правами по отношению к *(при совместных родительских правах подписать должны оба родителя)*:

Фамилия, имя ребёнка/детей: _____

№ удостоверения личности ребёнка/детей: _____

Место и дата: _____

Подпись: _____

Подпись: _____

Отправьте по почте или принесите заявление о перемене в Вашу новую поликлинику. Сообщенные Вами личные сведения сохраняются в базе данных, используемой для администрации выбора медицинского обслуживания. Отдел здравоохранения лена Блекинге использует систему общих медицинских карт, читайте подробнее на www.ltblinkinge.se/halsoval.

Если Вы уже записаны в поликлинику и довольны ею, Вам не надо делать новый выбор.

