Hälsoval DALARNA

LANDSTINGET DALARNA

Impreso para elegir centro de salud/unidad de atención de sanidad

También puede elegir a través de Mina vårdkontakter www.ltdalarna.se/minavardkontakter

Datos personales

Por favor escriba con letra de imprenta

Nombre

n° personal de identidad

.....

Dirección

.....

Código postal, población n° de teléfono

.....

Los datos son manejados conforme a la ley de protección de datos del paciente y la ley de protección de datos de carácter personal.

Ponga una X delante del centro de salud/unidad de atención de sanidad que elija

Más tarde le llegará por correo directamente al buzón de su casa una confirmación del centro de salud/la unidad de atención de sanidad que haya elegido.

Avesta kommun

- ☐ Vårdcentral Avesta (M)
- ☐ Vårdcentral Koppardalen

Borlänge kommun

- ☐ Vårdcentral Domnarvet
- ☐ Vårdcentral Jakobsgårdarna
- ☐ Vårdcentral Kvarnsveden
- ☐ Vårdcentral Läkarhuset Borlänge

Falu kommun

- ☐ Vårdcentral Britsarvet-Grycksbo (M)
- ☐ Falu Vårdcentral
- ☐ Vårdcentral Norslund-Svärdsjö (M)
- ☐ Vårdcentral Tisken

Gagnefs kommun

- ☐ Vårdcentral Gagnef (M)

Hedemora kommun

- ☐ Vårdcentral Hedemora
- ☐ Vårdcentral Långshyttan (M)
- ☐ Vårdcentral Södra Dalarna

Leksands kommun

- ☐ Vårdcentral Leksand

Ludvika kommun

- ☐ Vårdcentral Grangärde-Fredriksberg (M)
- ☐ Vårdcentral Grängesberg
- ☐ Vårdcentral Ludvika Norra
- ☐ Vårdcentral Solsidan

Malung-Sälens kommun

- ☐ Vårdcentral Malung
- ☐ Vårdcentral Sälen-Lima (M)

Mora kommun

- ☐ Vårdcentral Mora (M)

Orsa kommun

- ☐ Vårdcentral Orsa

Rättviks kommun

- ☐ Vårdcentral Rättvik (M)

Smedjebackens kommun

- ☐ Vårdcentral Smedjebacken-Söderbärke (M)

Säters kommun

- ☐ Vårdcentral Säter (M)

Vansbro kommun

- ☐ Vårdcentral Vansbro (M)

Älvdalens kommun

- ☐ Vårdcentral Särna
- ☐ Vårdcentral Älvdalen

(M) *Har även mottagningsverksamhet på annan ort. Kontakta vårdcentralen för mer information.*

Firma

El titular de la patria potestad deberá firmar por los menores de 18 años. Si se elige mediante procurador, el procurador firma.

Fecha..... Firma.....

Aclaración de firma.....

Debe ponerse el nombre, n° personal de identidad, fecha y firma para que la elección sea válida.

Envíe el impreso llenado a:
Landstinget Dalarna, Hälsovalskansliet, Box 712, 791 29 Falun.