

Henkilötiedot	Henkilötunnus
Tekstaa!	<input type="text"/>
Nimi	<input type="text"/>
Osoite	<input type="text"/>
Postinumero , paikkakunta ja puhelinnumero	<input type="text"/>
Tietoja käsitellään potilas- ja henkilötietolakien mukaisesti.	

Lisää rasti sen terveyskeskuksen/hoitoyksikön kohdalle, jonka haluat valita.

Saat jälkeenpäin vahvistuksen valitusta terveyskeskuksesta/hoitojyksiköstä postitse suoraan postilaatikkoosi.

Allekirjoitus	Huoltaja allekirjoittaa alle 18-vuotiasta koskevan valinnan. Jos valinta tehdään asiamiehen välityksellä, allekirjoittaa asiamies valinnan
Päiväys.....	Allekirjoitus.....
Nimenselvennys.....	
Nimi, henkilötunnus, päiväys ja allekirjoitus pitää olla kirjoitettuna, jotta valinta olisi kelvollinen.	
Lähetä täytetty lomake osoitteeseen: Region Dalarna, Vårdvalsenheten, Vårdval Primärsvård, Box 712, 791 29 Falun.	