



## Anhållan om byte av läkare i primärvården

Namn

Adress

Postnummer och ort

Telefon

Personnummer

Nuvarande egenläkares namn:

Orsak till bytet:

Datum

Underskrift

Namnförtydligande

Lämna blanketten till hälsocentralen eller skicka den till :

Mariehamns hälsocentral  
Klinikchef Tora Woivalin  
Pb 1055  
22 111 Mariehamn

Beslut:

- godkänns  
 avslås

Motivering:

Datum

Underskrift

Klinikchef Tora Woivalin