

ILMOITUS KIIREETTÖMÄN HOIDON HOITOPAIKAN VALINNASTA

Nimi		Henkilötunnus
Osoite		Puhelin
Postinumero	Postitoimipaikka	Sähköposti
Nykyinen terveysasema		
Uusi terveysasema		

Olen tutustunut terveysaseman valintaan liittyvään informaatioon.

Päiväys

Allekirjoitus