



Mitt val av vårdenhet är

Sensia

Jag önskar dessutom _____ som fast läkarkontakt

(ange namn på läkare)

Fyll i samtliga personuppgifter. Glöm inte att underteckna.

För- och efternamn (vg texta) _____

Födelsenummer (10 siffror) _____

Ort _____ Datum _____

Underskrift _____

Blanketten kan lämnas eller skickas till Sensia eller till landstinget på nedanstående adress

**Sensia Privat
Tjärhovsgatan 1
392 31 Kalmar**

**Länssjukhuset i Kalmar
Administration - listning
Hus 2 plan 8
391 85 Kalmar**