



MEDGIVANDE/SAMTYCKE

Vårdcentral Koppardalen

*Undertecknad lämnar härmed medgivandelsamtycke till att journalanteckningar får sändas
från _____ till Vårdcentral Koppardalen.*

ORT: _____

DATUM: _____

PERSONNUMMER: _____
(10 siffror)

NAMNTECKNING

NAMNFÖRTYDLIGANDE

Vårdcentral Koppardalen
Polervägen 10, 774 41 Avesta

Tel: 0226 - 48 90 00
Fax: 0226 - 48 90 20