**Anmälan av ny boende**

Namn:………………………………………………………………..

Personnummer:……………………………………………………...

Inskrivningsdatum:…………………………………………………

Särskilt boende:……………………………………………………..

Blanketten faxas senast på inflyttningsdagen till:

Familjeläkarna

**Faxnr: 08-717 10 03**