

TERVEYSKERTOMUSASIAKIRJOJEN

TILAUS KESKUSARKISTOSTA

Nivalan kaupunki
Keskusarkisto
Kalliontie 15
85500 NIVALA

Henkilö jota asiakirjapyyntö koskee	Sukunimi (nykyinen)	_____
	Sukunimi (entinen)	_____
	Etunimet	_____
	Syntymäaika	_____
	(Kuolinaika, jos kyseessä kuollut henkilö)	_____

Asiakirjat	<input type="checkbox"/>	Terveyskertomuksen asiakirjat (koko kertomus)
	<input type="checkbox"/>	Röntgenkuva
	<input type="checkbox"/>	Neuvolakortti
	<input type="checkbox"/>	Rokotustiedot terveyskortista
	<input type="checkbox"/>	Muu mikä? _____
Lisätietoja: _____		

Asiakirjojen tilaajan nimi	_____
Henkilötunnus	_____
Osoite	_____
Puhelin	_____
Toimitusaika	_____
Päiväys	_____
Allekirjoitus (pakollinen)	_____
Nimen selvennys	_____

Täytetyn lomakkeen voi postittaa osoitteeseen:

Nivalan kaupunki
Keskusarkisto
Kalliontie 15
85500 NIVALA

Tiedustelut numerosta: 040 344 7224