**Begäran - Registerutdrag ur Skandinaviska kvalitetsregistret för Thyroidea, Parathyroidea och Binjurekirurgi**

Jag begär utdrag på den information som finns lagrad om mig i registret.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Mina personuppgifter** | | |
| För – och efternamn | Personnummer | Behandlande sjukhus |

|  |
| --- |
| **Underskrift av sökande** |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Datum

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Namnteckning

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Namnförtydligande

**Begäran skickas till**

Registerhållare

Martin Nilsson

Kirurgiska kliniken

Skånes universitetssjukhus Lund

221 85 Lund

Registerutdraget kommer att skickas till den adress där du är folkbokförd.