**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

Erik Nordenström

Skånes universitetssjukhus

Kirurgiska kliniken

221 85 Lund

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