**Begäran – utplåning ur Skandinaviska Kvalitetsregistret för Thyroidea, Parathyroidea och Binjurekirurgi**

Jag begär att de uppgifter som finns om mig i registret utplånas.

|  |
| --- |
| **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

**Bekräftelse på utplåning kommer att skickas till din adress enligt folkbokföringen.**