# Begäran om utplåning av personuppgifter i LKG-registret

**Namn på den som ska utplånas:**

**(var god texta)**

**Personnummer:**

**(ååååmmdd-nnnn)**

**Adress:**

**(var god texta)**

**Underskrift av den som begär utplåningen:**

**Namnförtydligande:**

**Datum:**

Ifylld och underskriven begäran skickas till Magnus Becker, Plastikkirurgi, Skånes universitetssjukhus, Jan Waldenströms gata 18, 205 02 Malmö.