



BEGÄRAN

Registerutdrag ur Svenska Skulder- och Armbågssällskapets Kvalitetsregister

Datum: _____

Mina Personuppgifter:

För och Efternamn: _____

Personnummer: _____ - _____

Underskrift: _____

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

Skicka begäran till:

Svenska Axel Artroplastik Registret
Ortopedmottagningen
Danderyds sjukhus
182 88 STOCKHOLM

v2012