

**BEGÄRAN UTTRÄDE****Amputations och protesregistret (Nationella kvalitetsregistret SwedeAmp)****Utträde ur register**

Jag begär att samtliga uppgifter om mig, enligt nedan, utplånas i SwedeAmp.

Sökandes personuppgifter. Var god texta.	
För- och efternamn	Personnummer

Begäran skickas med vanlig post till:

Kerstin Hagberg  
Registerhållare för SwedeAmp  
Sahlgrenska Universitetssjukhuset  
Forskningsenheten ortopedi  
431 80 Mölndal

Bekräftelse kommer att skickas till den adress där sökande är folkbokförd.

Underskrift av sökande eller av myndighet utsedd förmyndare, förvaltare eller god man (åtagande för god man eller förvaltare ska bifogas)

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Namnsteckning \_\_\_\_\_