Datum

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Begäran skickas till: Bekräftelse kommer att skickas till den adress där du är folkbokförd

Koordinator för SwedAD

Maria Lundqvist

Karolinska Universitetssjukhuset

A7:01 Klinisk forskningsenhet

Eugeniavägen 3

171 76 STOCKHOLM

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Registerutdrag**

Jag begär utdrag på den information som finns lagrad i SwedAD om mig enligt

nedan.

|  |
| --- |
| Mina Personuppgifter |
| För – och efternamn | Personnummer |

|  |
| --- |
| Underskrift av sökande |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Namnteckning