|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

# Begäran om registerutdrag

Namn:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Personnummer:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Namnteckning:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ange om din begäran gäller någon specifik verksamhet eller register:

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Kryss i rutan (om kryss i rutan saknas, skickas registerutdraget rekommenderat)*□ Hämtas (Vi ringer när du kan hämta registerutdraget). *Tag med ID-handling*□ Skickas rekommenderat enligt folkbokföring

**Ansökan skickas till**
Karolinska Universitetssjukhuset Solna
Registratorsfunktionen,
Princeton, Plan 4
Eugeniavägen 18

171 76 Stockholm