



AMPUTATIONS- & PROTESREGISTER

för nedre extremiteten

Avregistrering av användarbehörighet

Nedanstående person skall avregistreras som användare av registret AMPUTATIONS- OCH PROTESREGISTERET för nedre extremiteten (SwedeAmp)

Personliga uppgifter

Förnamn:	Efternamn:
Titel:	Avd/Klinik:
Sjukhus/Företag:	
E-post:	

Avregistrering ska gälla från och med:

Datum:	Signatur/namnförtydligande
--------	----------------------------

Skriv ut, fyll i, scanna och skicka med e-post till info@swedeamp.com eller sänd per post till Register Centrum Syd (se nedan)

Anmälan om avregistrering bekräftas

Datum:	Registeransvarig:
Ort:	Namnförtydligande: