



## BEGÄRAN om utträde ur register

Datum

---

---

### Begäran skickas till

Registercentrum Västra Götaland  
PsykosR, Psykiatrisektionen  
413 45 Göteborg

---

## Registerutträde

Jag begär utträde ur kvalitetsregistret PsykosR

Mina personuppgifter	
Förnamn	Efternamn
Personnummer	Telefonnummer dagtid

---

### Underskrift av sökande

---

Namnteckning

Bekräftelse kommer att skickas till den adress där du är folkbokförd