HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS
ANSVARSNÄMND
Socialstyrelsen
106 30 STOCKHOLM

Undertecknad anhåller härmed att Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd återkallar min legitimation som:

.....……...
Typ av legitimation

.....……...
Namn

.....…….....……..
Gatuadress Postnummer & postort

.....……..
Personnummer

.....……..
Ort och datum

.....……..
Egenhändig namnteckning