

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