

**Vilken typ av förfrågan gäller detta? Kryssa i giltigt alternativ:**

Typ av förfrågan	
<input type="checkbox"/>	Begäran om registerutdrag
<input type="checkbox"/>	Begäran om radering. Vad ska raderas?
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Begäran om ändring. Vad ska ändras?
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Begäran om begränsning. Vad ska begränsas?
<input type="checkbox"/>	

**Vilken eller vilka kategorier av registrerad tillhör du? Kryssa i framför giltiga alternativ:**

Kategori	
<input type="checkbox"/>	Prenumerant av utskick. Vilka publikationer?
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Evenemangsdeltagare
<input type="checkbox"/>	Offentliga personer
<input type="checkbox"/>	Beställare/kund av material från Svemin
<input type="checkbox"/>	Anställd/tidigare anställd på medlemsföretag. Vilket medlemsföretag?
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Konsult hos Svemin
<input type="checkbox"/>	Anställd hos tjänsteleverantör. Vilken tjänsteleverantör?
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Arbetssökande
<input type="checkbox"/>	Tidigare anställd hos Svemin
<input type="checkbox"/>	Annat. Vänligen specificera:
<input type="checkbox"/>	

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signatur	Datum
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Namnförtydligande	Ort