

**Anmälan om kontaktperson till personuppgiftsbiträde
Enligt GDPR**

**Personuppgiftsansvarig** Namn Org.nr
**Neuroförbundet**  **802002-3605**
Adress
**Box 4086**
Postnummer Postadress
**171 04 Solna**

**Personuppgiftsombud** Namn
**Mia Källström Neuroförbundet**
Adress
**Box 4086**
Postnummer Postadress
**171 04 Solna**
E-post
**mia.kallstrom@neuro.se**

**Lokal-, Läns-,** Namn **Intresseförening
Personuppgiftsbiträde**

**Kontaktperson** Namn

 Adress

 Postnummer Postadress

 E-post

 Förtroendeuppdrag eller kanslianställd, ange vad som gäller.

 **Underskrift** Datum

**……………………………………………………**

 **Uppsägning av** Kontaktpersons namn Uppsägning gäller fr.o.m den **tidigare anmäld
kontaktperson**