

Reversal för barnhälsovårdsjournaler (BHV)**Kontaktuppgifter:**

Levererande verksamhet:	Adress:
Kontaktperson:	Ev. stämpel
Telefonnummer:	E-postadress:

Innan du levererar:

Se webbsida: www.regionarkivet.regionstockholm.se

Fyll i reversalet digitalt och skriv ut, alternativt skriv ut det och fyll i det för hand. En kopia av reversalet kommer att skickas åter till verksamheten, när leveransen är mottagen.

Antal journaler:**Mottagningserkännande:**

Datum och underskrift av Regionarkivets handläggare