

## Registrering av Överlevande för Holocaust museet I Washington

Förnamn \_\_\_\_\_ Efternamn \_\_\_\_\_

Om avliden, meddela datum och ort \_\_\_\_\_

Adress \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Namn före kriget \_\_\_\_\_ Flicknamn \_\_\_\_\_

Annat namn \_\_\_\_\_

Födelsedatum \_\_\_\_\_

Födelsestad \_\_\_\_\_ land \_\_\_\_\_

Bostadsort före kriget \_\_\_\_\_

Vistelseort under kriget \_\_\_\_\_

- V.g.sänd mig en mera detaljerad frågeformulär
- V.g.sänd mig information över ev. Donation av fotografier till Museet

Namn och address av personen som ifyllde formuläret (om annan än den Överlevande)

Släktskap med den Överlevande

----- ✂ -----  
*V.god och returnera det ifyllda formuläret I bifogade kuvert.*

*Registry of Holocaust Survivors  
United States Holocaust Memorial Museum  
100 Raoul Wallenberg Place, SW  
Washington, DC 20024-2126*

[registry@ushmm.org](mailto:registry@ushmm.org)  
[www.ushmm.org/remembrance/registry](http://www.ushmm.org/remembrance/registry)