**Sample request to Research and Healthcare sample collections (biobank)**

Date: Klicka eller tryck här för att ange datum.

Contact: Klicka eller tryck här för att ange text.

E-mailadress: Klicka eller tryck här för att ange text.

PI: Klicka eller tryck här för att ange text.

Principal (University/Healthcare): Klicka eller tryck här för att ange text.

Name of study: Klicka eller tryck här för att ange text.

Type of samples you are interested in:

[ ] Nasopharynx

[ ] EDTA whole blood

[ ] EDTA plasma

[ ] Serum

[ ] PBMC

[ ] Feces

[ ] Likvor

[ ] Other Klicka eller tryck här för att ange text.

You want the samples: [ ] unidentified [ ] pseudonymized

Short background, purpose for the use of samples:

Klicka eller tryck här för att ange text.

Patient information: [ ] no [ ]  unidentified [ ]  pseudonymized [ ]  clinical data

Request from any special sample collection? [ ] No [ ] Yes

If Yes, which Sample Collection ID? Klicka eller tryck här för att ange text.

Do you already have a research ethical permit? [ ] No [ ] Yes

If Yes, which ethical permit no? Klicka eller tryck här för att ange text.

Do you already have a sample collection ID (Provsamlings-/biobanksavtal)? [ ] No [ ] Yes

If Yes, which Sample Collection ID? Klicka eller tryck här för att ange text.

Do you have an existing or are you looking for research collaboration?

Klicka eller tryck här för att ange text.