

## ÅTERKALLELSE AV BIOBANKSSAMTYCKE

Genom att underteckna denna blankett fastställer jag att av mig tagna prover och uppgifter gällande mitt hälsotillstånd inte i fortsättningen får användas till biobanksforskning och inte heller samlas eller överförs till Blodtjänst biobank.

Efter återkallelsen av biobankssamtycket kommer mina prover inte längre att användas till nya forskningsprojekt. De forskningsresultat, uppgifter relaterade till resultaten samt av dem bildade forskningsmaterial, som erhållits före mottagandet av denna återkallelse kan användas begränsat. Det kan även vara nödvändigt att förvara resultat och prover för begränsat ändamål, så som att säkerställa tidigare gjorda forskningars riktighet.

| Uppgifter om givaren av återkallelsen             |
|---|
| Fullständigt namn: _____                          |
| Personbeteckning: _____                           |
| Adress: _____                                     |
| Postnummer och -anstalt: _____                    |
| Ort och datum: _____                              |
| Underteckning: _____                              |
| Mottagande av återkallelsen (Blodtjänst fyller i) |
| Ort och datum: _____                              |
| Mottagarens underteckning: _____                  |
| Mottagarens namnförtydligande: _____              |