

BESTÄLLNING AV DEPONERADE BIOBANKSPREPARAT

TILL Landstingsarkivet
Stockholms läns landsting
Box 4151
141 04 HUDDINGE

Tfn: 08/7372710
Fax: 08/7372799

FRÅN.....

Klinisk Patologi/Cytologi
Radiumhemmet P1: 02
Karolinska sjukhuset
171 76 STOCKHOLM

Tfn: 08/517.....
Fax: 08/517.....

PERSONNUMMER:	NAMN:

ÖNSKAR:	PAD-NUMMER:	TIM/PRIS	BELOPP
GLAS			
KLOTS			
KOPIA AV UTLÅTANDE			

FORSKNING:

EV. MEDDELANDE:

Fylls i av landstingsarkivet och skickas till deponent som bekräftelse när expediering har skett

HANDLÄGGARE, LANDSTINGSARKIVET:
LANDSTINGSARKIVETS DIARENUMMER:
ADRESS:
UNDERSKRIFT/DATUM: