|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [plats för logga/ordbild] | [ange datum] |  |
| Namn: [Namn] |  | [Diaenhetkod] [Diarienr]  |
|  | [Namn][CoAdress][Adress][Postadress] |

**Angående ändring av samtycke för biobanksprov tagna i vården**

Hej!

[Huvudman] har [ange datum] mottagit blanketten ”E1. Ändring av samtycke” från dig och kommer att hantera den enligt begäran.

Med vänlig hälsning

[ange handläggare]

[ange region/huvudman]