|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Beställare** | | | |
| Datum: Klicka eller tryck här för att ange datum. | | Ansvarig läkare: Klicka eller tryck här för att ange text.  **Kontaktperson:** Klicka eller tryck här för att ange text. | |
|  | | Telefon/E-post: Klicka eller tryck här för att ange text. | |
| Uttaget skickas till följande adress:  Klicka eller tryck här för att ange text. | | | |
| **Beställning avser** | | |
| ProvID/LID: | Klicka eller tryck här för att ange text. | |
| ProvID/LID: | Klicka eller tryck här för att ange text. | |
| ProvID/LID: | Klicka eller tryck här för att ange text. | |

|  |  |
| --- | --- |
| Vid behov kontakta Biobanken norr, Umeå: | Tel: 090 – 785 15 55 |
| Beställningen skickas till: | [biobanken.norr@regionvasterbotten.se](mailto:biobanken.norr@regionvasterbotten.se) |