

**HKH Kronprinsessan Lovisas  
förening för barnsjukvård/  
Stiftelsen Axel Tielmans Minnesfond**

**Underskrift av sökande och institutionschef/klinikchef**

**Underskrift av sökanden**

Jag har tagit del av bilagd information och samtycker till att personuppgifter behandlas på angivet sätt.
Ort, Datum
Sökanden
Namnförtydligande
E-postadress
Telefon nummer

**Underskrift av institutionschef/klinikchef**

Härmed intygas att sökande disponerar arbetsplats för forskningsuppgiften ifråga och har möjligheter att bearbeta densamma.
Ort, Datum
Institutionschef/klinikchef
Namnförtydligande
E-postadress
Telefon nummer