LANDSPÍTALI
HÁSKÓLASJÚKRAHÚS

UMSÓKN TIL LLSV
vegna vísindarannsóknar

Lífsýnasafn Landspítala
á sýkla- og veirufræðideild
sími: 543 5131 - netfang: llsv@landspitali.is

Vista | Hreinsa

Nafn:
Heimilisfang/póstnr:
Sími/fax:
Netfang:
Stofnun/deild:

Lífsýnasöfn: ☐ Sýklafræðideild ☐ Veirufræðideild ☐ Annað:

Upplýsingar um rannsóknarverkefnið
(lýsið í stuttu máli rannsóknarverkefninu/greiningarprófum á lífsýnunum)

Heiti verkefnis: .....

(lýsið tegundum, fjölda og magni þeirra sýna sem sótt er um)

Skjöl varðandi umsóknina

☐ Afrit af umsóknum til Vísindasiðanefndar/siðanefndar LSH og Persónuverndar með fylgiskjölum *(sýni verða ekki afgreidd án þessara gagna).* Dags. móttöku: .....

☐ Rannsóknarleyfi frá Persónuvernd og Vísindasiðanefnd/siðanefnd LSH *(sýni verða ekki afgreidd án þessara gagna).* Dags. móttöku: .....

☐ Annað: .....

Almennar reglur útlána *(með undirskrift samþykkir umsækjandi að fylgja reglum Lífsýnasafns LLSV).*

a. Lífsýnin verða aðeins nýtt í þær rannsóknir sem nefndar eru í rannsóknaráætlun. Umsækjandi hefur fullan ráðstöfunarrétt á öllum niðurstöðum rannsóknarinnar.

b. Umsækjandi skuldbindur sig til að skila öllum afgangi af sýnum að rannsókn lokinni, einnig DNA sem unnið hefur verið úr frumsýnum.

c. Umsækjandi skuldbindur sig til að afhenda engum lífsýni eða upplýsingar öðrum en þeim sem stjórn lífsýnasafnsins hefur veitt leyfi til.

d. Umsækjandi sér sjálfur um að sækja sýni og senda þau áfram sé um það að ræða.

Umsækjendur ábyrgjast að lífsýni eða gögn verði aðeins nýtt í umrædda rannsókn.

Berist umsóknin rafrænt frá pósthólfi ábyrgðarmanns rannsóknarinnar verður litið á það sem rafræna undirskrift.

Staður/dags. ..... *Undirskrift umsækjanda* .....

BUSV/SS010709

Útfyllist af umsjónarmönnum lífsýnasafnsins

☐ Umsókn samþykkt Afgreiðslunúmer *(fylgir sýnum):* ..... Áætlaður afgreiðslukostnaður: .....

☐ Umsókn hafnað Dags. leyfis Persónuverndar: ..... Dags. leyfis Vísindasiðanefndar/siðanefndar LSH: .....

Staður/dags. ..... *Undirskrift f.h. stjórnar lífsýnasafns* .....