# Samtycke till att delta i projektet

Jag har fått muntlig och/eller skriftlig information om studien och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla den skriftliga informationen.

* Jag samtycker till att delta i projektet: BEST- Bypass Equipoise Sleeve Trial – tilläggsinformation gastroskopi 5 års uppföljning

|  |  |
| --- | --- |
| Plats och datum | Underskrift |
|  |  |
| Personnummer/SOReg id | Namnförtydligande |
|  |  |