

Namn	Kön	Födelsedata - ÅÅMMDD	E-postadress	Mobilnummer	Är den nominerade vidtalad?	Representerar den nominerade en patientförening? Vilken?	Tidigare erfarenhet av etikprövning?
------	-----	----------------------	--------------	-------------	-----------------------------	--	--------------------------------------

**Övriga  
upplysningar**