



DEKLARACJA

Wypełnioną deklarację proszę przelać wiadomością e-mail na adres: info@novumbank.com (+48 800 804 204)

Imię i nazwisko matki dziecka:

urodzona w:

imiona rodziców matki dziecka:

PESEL: Tel. kontaktowy: E-mail:

Adres zameldowania:

Adres do korespondencji:

Imię i nazwisko ojca dziecka:

PESEL: Tel. kontaktowy: E-mail:

Adres zameldowania:

Adres do korespondencji:

Przewidywany termin porodu:

w Szpitalu:

Deklaruję, że:

1. Wyrażam wolę przechowywania komórek macierzystych z krwi pępowinowej w Banku Komórek Macierzystych Novum. Krew pępowinowa zostanie pobrana przez personel szpitala podczas porodu mojego dziecka.
2. Znam ceny usługi preparowania i przechowywania komórek macierzystych przez Novum sp. z o.o.:
 - a) **Zestaw pobraniowy** – ~~350 zł~~ **145 zł**. Opłata zwracana jest w przypadku niepobrania krwi, a więc w razie niewykorzystania zestawu pobraniowego.
 - b) **Opłata podstawowa** - płatna po pozytywnych wynikach badań i obejmująca koszty badań, preparatyki, mrożenia i przechowywania przez pierwszy rok. Możliwość rozłożenia opłaty na 10 comiesięcznych i nieoprocentowanych rat (proszę zaznaczyć „x” wybraną opcję):
 - ~~2290 zł~~ **1600 zł** - Pakiet Standard – 1 kasetę (1 porcja)
 - ~~2690 zł~~ **1880 zł** - Pakiet Standard PLUS – 2 kasety (2 porcje)
 - ~~2290 zł~~ **1600 zł** - Pakiet Multi Regeneracja – 1 kasetę (5 porcji)
 - ~~2690 zł~~ **1880 zł** - Pakiet Multi Regeneracja PLUS – 2 kasety (10 porcji)
 - Proszę o rozłożenie opłaty podstawowej na 10 comiesięcznych i nieoprocentowanych rat.



c) **Opłata roczna** za przechowywanie komórek macierzystych w wysokości (*proszę zaznaczyć „x” wybraną opcję*):

- | | | |
|--------------------------|---|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 550 zł - Pakiet Standard | – 1 kasetę (1 porcja) |
| <input type="checkbox"/> | 850 zł - Pakiet Standard PLUS | – 2 kasety (2 porcje) |
| <input type="checkbox"/> | 670 zł - Pakiet Multi Regeneracja | – 1 kasetę (5 porcji) |
| <input type="checkbox"/> | 890 zł - Pakiet Multi Regeneracja PLUS | – 2 kasety (10 porcji) |

3. W przypadku niewystarczającej ilości pobranej krwi pępowinowej do podziału na dwie kasety z krwią w Pakiecie Standard PLUS lub w Pakiecie Multi Regeneracja Plus (a w przypadku możliwości zamrożenia w 1 kasecie), Rodzice decydują się (*proszę zaznaczyć „x” wybraną opcję*) na:

- Zamrożenie krwi pępowinowej w 1 kasecie (1 porcja) w Pakiecie Standard
- Zamrożenie krwi pępowinowej w 1 kasecie (5 porcji) w Pakiecie Multi Regeneracja

4. W przypadku nieznaczenia konkretnego pakietu krew zostanie zakwalifikowana do Pakietu Standard.

5. Wyrażam wolę/ nie wyrażam woli dotyczącą przechowywania komórek macierzystych z **krwi łożyskowej** w jednej kasecie w Banku Komórek Macierzystych Novum (*proszę zaznaczyć „x” zgodnie z Państwa wolą*).

W przypadku wyboru dodatkowego depozytu z krwią łożyskową powyższe ceny będą zwiększone o:

~~250 zł~~ **175 zł** – Opłata wstępna

~~950 zł~~ **660 zł** – Opłata podstawowa

150 zł - Opłata roczna

Proszę o rozłożenie opłaty podstawowej na 10 comiesięcznych i nieoprocentowanych rat.

6. Rodzice oświadczają, że:

Wyrażamy zgodę na przesyłanie i udostępnianie dokumentów w formie elektronicznej (w szczególności umów, załączników, aneksów, oświadczeń, faktur, faktur korygujących, duplikatów faktur, not, not korygujących) przez Novum Sp. z o.o. i jako formę dostarczania dokumentów wybieramy e-mail. Adres e-mail do dostarczania dokumentów (prosimy wpisać drukowanymi literami):

Nie wyrażamy zgody na przesyłanie i udostępnianie dokumentów w formie elektronicznej przez Novum Sp. z o.o. Adres korespondencyjny do dostarczania dokumentów w wersji papierowej (prosimy wpisać drukowanymi literami):

Niezaznaczenie jakiegokolwiek z powyższych opcji i niewpisanie danych będzie skutkowało wysyłką dokumentów (w tym faktur) na adresy e-mail podane na pierwszej stronie Deklaracji.

7. Wyrażamy zgodę/ Nie wyrażamy zgody, aby umowa z Novum Sp. z o.o. mogła zostać zawarta elektronicznie za pośrednictwem Platformy Autenti (www.autenti.com) i w tym celu wyrażam zgodę na otrzymywanie wiadomości zawierających informacje niezbędne do zawarcia tej umowy na podane przez nas adresy e-mail oraz numery telefonów.



8. Podpiszę i odeślę do Novum sp. z o.o., w ciągu 7 dni od daty otrzymania, Umowę dotyczącą przechowywania komórek macierzystych z krwi pępowinowej/łożyskowej.
9. Wpłacę w terminie 7 dni od daty podpisania niniejszej deklaracji opłatę za zestaw pobraniowy.
10. Upoważniam Novum sp. z o.o. do odbioru zestawu pobraniowego ze szpitala oraz do preparowania i zamrożenia komórek macierzystych.
11. Badania bakteriologiczne z krwi pępowinowej oraz badania wirusologiczne z krwi żyłnej Matki zostaną wykonane przez Przychodnię Lekarską NOVUM, na co wyrażam zgodę. Przychodnia będzie przetwarzać dane osobowe Matki, Ojca oraz Dziecka niezbędne do wykonywania Umowy.
12. Rozumiem, że w przypadku niepodpisania oraz nieprzekazania podpisanej umowy do Novum sp. z o.o., a także w przypadku niewniesienia wymaganych opłat w wyznaczonych terminach umowa nie będzie wykonywana przez Novum sp. z o.o. W takim przypadku będę uprawniony do odebrania pobranych komórek macierzystych lub zdecydowania o ich zniszczeniu przez Novum sp. z o.o. albo przekazaniu do badań naukowych. W przypadku braku odbioru lub przekazania mojej decyzji na temat dalszego przeznaczenia pobranych komórek macierzystych, Novum sp. z o.o. będzie uprawnione do decydowania o dalszym przeznaczeniu pobranych komórek macierzystych (w szczególności do ich zniszczenia albo przekazania do badań naukowych).
13. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb podpisania umowy dotyczącej przechowywania komórek macierzystych z krwi pępowinowej oraz realizacji usługi przechowywania komórek macierzystych w Novum Sp. z o.o. (zgodnie z art 6, ustęp 1a oraz art. 9, ustęp 2a z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE). Novum Sp z o.o., w celu wykonywania niniejszej Umowy, tworzy bazę danych osobowych, w której umieszczone są dane osobowe Rodziców, na warunkach określonych przepisami prawa, w tym w szczególności art 6, ustęp 1b z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE. Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż Administratorem Państwa danych osobowych jest Novum sp. z o.o. ul. Bociania 13, 02 – 807 Warszawa. Inspektorem Ochrony Danych Osobowych jest Pan Paweł Hajduk, adres e-mail: iod@novumbank.com. Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań Novum sp. z o.o., na podstawie art. 6 punkt 1a z rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres 30 lat od zakończenia umowy wiążącej Państwa z Novum Sp. z o.o. Posiadacie Państwo prawo dostępu do treści swoich danych, prawo do ich sprostowania, wyrażenia sprzeciwu przeciw przetwarzaniu danych osobowych, prawo do usunięcia danych oraz prawo do ich przenoszenia. Posiadacie Państwo prawo do wniesienia skargi do Organu nadzorczego, gdy uznacie, iż przetwarzanie Państwa danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. Podanie przez Państwa danych osobowych jest wymogiem prawnym i warunkiem realizacji umowy z Novum Sp. z o.o. Państwa dane będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w systemach informatycznych Novum Sp. z o.o.
14. Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych znajdują się w Polityce prywatności dostępnej na stronie internetowej: www.novumbank.com.



Podstawowe informacje dotyczące Matki dziecka:

Pani:..... / PESEL:.....

**Czy podczas ciąży wykonywała Pani następujące badania
(zaznaczając odpowiednio w tabeli „X”)**

	Wynik ujemny	Wynik dodatni	Nie pamiętam czy badanie było wykonywane
Test kiłowy			
HBsAg			
Anty HBc			
Anty HCV			
Anty HIV			
Toksoplazmoza w klasie IgG			
Toksoplazmoza w klasie IgM			
Cytomegalia w klasie IgG			
Cytomegalia w klasie IgM			

Lekarz prowadzący ciążę: _____

Skąd Pani/Państwo dowiedzieliście się o naszym Banku:

- Lekarz (imię i nazwisko):
- Położna (imię i nazwisko):
- Szkoła Rodzenia (skąd?):
- Internet (skąd?):
- Ulotki / Foldery
- Rodzina / znajomi
- Inne źródło:

Data: Podpis Matki: i/lub Podpis Ojca: