

Załącznik nr 1

OŚWIADCZENIA I ZGODY RODZICÓW

(*zgody i oświadczenia, których udzielenie jest warunkiem zawarcia Umowy)

<p>1. *Oświadczamy, że zawierając niniejszą Umowę o świadczenie usług w zakresie preparatyki oraz kriokonserwacji (przechowywania w oparach ciekłego azotu) Depozytu z Komórkami Macierzystymi naszego Dziecka przez nOvum działamy w zgodzie oraz we wspólnym porozumieniu, w imieniu naszego nienarodzonego Dziecka.</p>	<input type="checkbox"/> TAK
<p>2. *Oświadczamy, że podane przez nas dane i informacje wskazane w Formularzu Umowy, dotyczące w szczególności: Terminu Porodu, Planowanego Miejsca Porodu, lekarza prowadzącego ciążę Matki oraz adresy zamieszkania, korespondencyjne oraz e-mail, są prawdziwe oraz aktualne na dzień podpisania Umowy.</p>	<input type="checkbox"/> TAK
<p>3. *Wyrażamy zgodę na pozyskanie przez nOvum Materiału Biologicznego naszego Dziecka.</p>	<input type="checkbox"/> TAK
<p>4. *Wyrażamy zgodę na przeprowadzenie przez nOvum, w ramach niniejszej Umowy, następujących badań laboratoryjnych Materiału Biologicznego naszego Dziecka (o których mowa również w pkt 8.1 OWU), niezbędnych dla realizacji Umowy:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. morfologia Materiału Biologicznego, 2. objętość i Komórkowość Materiału Biologicznego, 3. badania mikrobiologiczne Materiału Biologicznego. 	<input type="checkbox"/> TAK
<p>5. *Wyrażamy zgodę na przetwarzanie i wyizolowanie przez nOvum preparatu z Materiału Biologicznego, który zawierać będzie Komórki Macierzyste naszego Dziecka – Depozyt oraz kriokonserwację Depozytu przez nOvum na zasadach określonych w Umowie.</p>	<input type="checkbox"/> TAK
<p>6. *Wyrażamy zgodę na wykonanie dodatkowych badań laboratoryjnych Depozytu, w przypadku uzyskania przez Matkę wyników badań laboratoryjnych, o których mowa w pkt 8.4.2. OWU, potwierdzających wykryte zakażenia w Krwi Obwodowej, o czym mowa w pkt 8.4.4. OWU.</p>	<input type="checkbox"/> TAK
<p>7. *Wyrażamy zgodę na wykonanie dodatkowych badań laboratoryjnych Depozytu w przypadku nieprzekazania nOvum przez Matkę, w terminie określonym w OWU wyników badań laboratoryjnych Matki, zaleconych Matce przez nOvum zgodnie z pkt 8.4.1. OWU, o czym mowa w pkt 8.4.5 OWU.</p>	<input type="checkbox"/> TAK
<p>8. *Wyrażamy zgodę na rozpoczęcie świadczenia usług przez nOvum w ramach niniejszej Umowy przed upływem 14-dniowego terminu do ustawowego odstąpienia przez nas od Umowy, polegających w szczególności na:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. przekazaniu nam Zestawu Pobraniowego; 2. pozyskaniu Materiału Biologicznego w Dniu Porodu oraz pobraniu od Matki Krwi Obwodowej po urodzeniu Dziecka, 3. transporcie Materiału Biologicznego oraz Krwi Obwodowej z Faktycznego Miejsca Porodu do laboratorium nOvum; 4. wykonaniu badań laboratoryjnych Materiału Biologicznego oraz Krwi Obwodowej, o których mowa w pkt 8 OWU; 5. wyizolowaniu z Materiału Biologicznego preparatu z Komórkami Macierzystymi – Depozyt. <p><i>zgodnie z art. 15 ust. 3 lub art. 21 ust. 2 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta (Dz.U. z 2020 r. poz. 287 z późniejszymi zmianami).</i></p>	<input type="checkbox"/> TAK
<p>9. *Wyrażamy zgodę na utylizację przez nOvum Depozytu lub jego części, jeżeli:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. po przeprowadzeniu badań laboratoryjnych Materiału Biologicznego, na których przeprowadzenie wyraziliśmy zgodę powyżej, a o których mowa również w pkt 8.1 OWU, okaże się, że Komórkowość Krwi Pępowinowej lub Komórkowość Krwi Łożyskowej nie przekroczy Wartości Granicznej, o czym mowa w pkt 8.2.4 OWU; 2. wyniki badań laboratoryjnych Materiału Biologicznego albo Depozytu wskażą na zakażenie Materiału Biologicznego lub Depozytu lub występowanie Infekcji w Depozycie, a my nie złożymy nOvum Dyspozycji w sposób określony w pkt 8.11.1 i w pkt 8.11.2 OWU, o czym mowa w pkt 8.12 OWU; 3. odstąpimy od Umowy po pozyskaniu przez nOvum Materiału Biologicznego (pkt 14.5.2 OWU). 	<input type="checkbox"/> TAK

<p>10. *Wyrażamy zgodę na przetwarzanie przez nOvum przekazanych przez nas danych osobowych naszego Dziecka w celu realizacji Umowy o świadczenie usług w zakresie niezbędnym do preparatyki oraz kriokonserwacji Komórek Macierzystych, w tym danych wrażliwych wskazanych w wynikach badań laboratoryjnych, na których wykonanie wyraziliśmy zgodę powyżej oraz w protokole sporządzonym po pozyskaniu Materiału Biologicznego – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) oraz art. 9 ust. 2 lit. a) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 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 (RODO) oraz na podstawie przepisów obowiązującego prawa. Oświadczamy, że zostaliśmy poinformowani o prawie do cofnięcia niniejszej zgody.</p>	<input type="checkbox"/> TAK
---	------------------------------

INDYWIDUALNE OŚWIADCZENIA I ZGODY MATKI ORAZ OJCA

	Matka	Ojciec
<p>11. *Wyrażam zgodę na przeprowadzenie przez nOvum wywiadu, dotyczącego stanu mojego zdrowia i udostępnienie tych informacji wyłącznie nOvum oraz organom władzy publicznej lub innym podmiotom uprawnionym do ich żądania na podstawie aktów prawa powszechnie obowiązującego.</p>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> TAK
<p>12. *Wyrażam zgodę na pobranie dla nOvum mojej krwi żyłnej (Krew Obwodowa) w Dniu Porodu Dziecka w ilości niezbędnej do przeprowadzenia badań laboratoryjnych Krwi Obwodowej.</p>	<input type="checkbox"/> TAK	
<p>13. *Wyrażam zgodę na przeprowadzenie przez nOvum, w ramach niniejszej Umowy, następujących badań laboratoryjnych mojej Krwi Obwodowej, niezbędnych dla realizacji Umowy:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. badanie na obecność antygenu HBsAg – w kierunku zakażenia wirusowym zapaleniem wątroby typu B; 2. badanie na obecność przeciwciał anti-HBc (anty-HBc) – w kierunku zakażenia wirusowym zapaleniem wątroby typu B; 3. badanie na obecność przeciwciał anti-HBc IgM (p/c anti-HBc IgM) (jeśli wynik anti-HBc będzie dodatni) – w kierunku zakażenia wirusowym zapaleniem wątroby typu B; 4. badanie na obecność przeciwciał anti-HCV (anty-HCV) – w kierunku zakażenia wirusowym zapaleniem wątroby typu C; 5. serologiczne badanie przesiewowe w kierunku zakażenia wirusem HIV (HIV Ag/Ab (Combo)); 6. badanie w kierunku zakażenia kiłą (test kiłowy swoisty). 	<input type="checkbox"/> TAK	
<p>14. Wyrażam zgodę na odbiór wyników badań mojej Krwi Obwodowej przez Ojca.</p>	<input type="checkbox"/> TAK	
<p>15. *Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez nOvum moich danych osobowych w celu realizacji Umowy o świadczenie usług w zakresie preparatyki oraz przechowywania Komórek Macierzystych, w tym danych wrażliwych wskazanych w wynikach badań laboratoryjnych, na których wykonanie wyraziłam zgodę powyżej – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) oraz art. 9 ust. 2 lit. a) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 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 (RODO) oraz na podstawie przepisów obowiązującego prawa. Oświadczam, że zostałam poinformowana o prawie do cofnięcia niniejszej zgody.</p>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> TAK

.....
MATKA

.....
OJIEC