|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OŚWIADCZENIE nr**  **…................................**  *(Wypełnia RCNT)*  Rodziców prosimy o zapoznanie się z niniejszym dokumentem i wypełnienie pól zacieniowanych. | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | |  | |  | | | | |
| *(Miejscowość)* | | | | | |  | | *(Data)* | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | |
| *(imię i nazwisko Matki)* | | | | | | | | | | |  | *(imię i nazwisko Ojca)* | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | |
| *(adres zamieszkania: ulica, numer domu, numer mieszkania)* | | | | | | | | | | |  | *(adres zamieszkania: ulica, numer domu, numer mieszkania)* | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | |
| *(kod pocztowy, miejscowość)* | | | | | | | | | | |  | *(kod pocztowy, miejscowość)* | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |  |
| *(PESEL Matki)* | | | | | | | | | | |  | *(PESEL Ojca)* | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| *(telefon kontaktowy)* | | | | | | | | | | |

My, niżej podpisani, niniejszym oświadczamy, że wyrażamy wolę, aby po porodzie naszego dziecka została pozyskana (przez wykwalifikowany personel szpitala lub kliniki) krew pępowinowa przeznaczona do ogólnego pożytku i dyspozycji publicznej dla potrzebujących biorców.

Wyrażamy zgodę na nieodpłatną organizację i koordynację pozyskania, transportu, preparatyki krwi pępowinowej   
i przechowywania komórek macierzystych, na potrzeby wskazane w niniejszym oświadczeniu, przez Regionalne Centrum Naukowo-Technologiczne (RCNT) w Podzamcze 45, 26-060 Chęciny, a następnie przekazania przez RCNT informacji o jednostce krwi pępowinowej do Centralnego Rejestru Niespokrewnionych Potencjalnych Dawców Szpiku i Krwi Pępowinowej prowadzonego przez Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji Poltransplant z siedzibą w Warszawie.

Jesteśmy świadomi, iż pozyskana krew będzie stanowiła własność publiczną, a informacja o dawcy pobranej jednostki będzie informacją anonimową. Jest nam wiadome, że w konsekwencji niniejszej decyzji nie będziemy mogli ubiegać się   
o udostępnienie pobranej jednostki krwi pępowinowej na potrzeby własne.

W przypadku, gdy pozyskana krew pępowinowa lub warunki preparatyki z przyczyn obiektywnych nie spełnią kryteriów wymaganych przez RCNT do dalszego jej wykorzystania w celach transplantacyjnych, wyrażamy zgodę na wykorzystanie tej krwi do testów i badań naukowych związanych z rozwojem nauki o krwi pępowinowej i komórkach macierzystych wg uznania RCNT.

W przeciwnym przypadku prosimy o zaznaczenie poniższego pola:

🞏\* nie wyrażamy zgody

\*Prosimy o zaznaczenie znakiem X jeżeli nie wyrażają Państwo zgody na wykorzystanie krwi pępowinowej do badań naukowych (krew zostanie wówczas poddana utylizacji)

Wyrażam zgodę na przechowywanie surowicy krwi obwodowej matki w Biobanku Populacyjnym RCNT oraz zrzekam się praw do niej, jak również wyrażam zgodę na prowadzenie badań naukowych na w/w materiale biologicznym.

W przeciwnym przypadku prosimy o zaznaczenie poniższego pola:

🞏\* nie wyrażamy zgody

\*Prosimy o zaznaczenie znakiem X jeżeli nie wyrażają Państwo zgody na przechowywanie surowicy krwi obwodowej matki w Biobanku Populacyjnym RCNT oraz prowadzenie badań naukowych

Wyrażamy zgodę na przechowywanie elementów składowych krwi pępowinowej w Biobanku Populacyjnym RCNT oraz zrzekam się praw do nich, jak również wyrażam zgodę na prowadzenie badań naukowych na w/w materiale biologicznym.

W przeciwnym przypadku prosimy o zaznaczenie poniższego pola:

🞏\* nie wyrażamy zgody

Wyrażamy zgodę na przetwarzanie naszych danych osobowych w zakresie niezbędnym dla właściwej realizacji czynności wskazanych powyżej.

W przeciwnym przypadku prosimy o zaznaczenie poniższego pola:

🞏\* nie wyrażamy zgody

W przypadku braku podpisu Ojca dziecka pod niniejszym oświadczeniem, zapewniam jako Matka, że oświadczenie jest zgodne z wolą Ojca dziecka, a ja zostałam upoważniona przez ojca dziecka do samodzielnego złożenia oświadczenia w powyższym przedmiocie.

Zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 o ochronie danych osobowych 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) oraz prawa krajowego informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Regionalne Centrum Naukowo - Technologiczne z siedzibą: Podzamcze 45, 26‑060 Chęciny.
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu szczegółowo określonym w niniejszym dokumencie, na podstawie przepisu prawa zgodnie z art.6 ust.1 pkt. a rozporządzenia.
3. Podanie danych osobowych w zakresie wymaganym ustawodawstwem o działalności leczniczej jest obligatoryjne, a w pozostałym jest dobrowolne.
4. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie.
5. Dane osobowe będą przechowywane przez termin dłuższy spośród określonych poniżej:
   1. zgodnie z art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008r o prawach i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318 z późn. zm.), tj. 20 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z uwzględnieniem wyjątków przewidzianych we wskazanym przepisie, lub
   2. Zgodnie z art. 34 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. z 2017 r. poz. 1000), tj. przez okres 30 lat od dnia wydania tkanek lub komórek w celu przeszczepienia lub zastosowania u ludzi, w sposób umożliwiający identyfikację dawców i biorców tkanek lub komórek, lub
   3. przez czas funkcjonowania Biobanku.
6. Podane przez Panią/Pana dane będą utajnione. Próbka zostanie zakodowana unikalnym numerem, uniemożliwiając identyfikację danych personalnych przez osoby niepowołane.
7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
8. Kontakt do Inspektora Ochrony Danych: [iodo@rcnt.pl](mailto:iodo@rcnt.pl)
9. Pracownicy Biobanku Regionalnego Centrum Naukowo-Technologicznego mogą skontaktować się z Panią/Panem ponownie (telefonicznie lub listownie) w celu uzupełnienia informacji.
10. W każdej chwili może Pani/Pan wycofać swój materiał biologiczny bez podania przyczyny. Wyniki badawcze uzyskane do tego momentu mogą być wykorzystane w celach naukowych.
11. Pobrany materiał biologiczny, w przypadku wyrażenia zgody na nieodpłatne przechowywanie materiału biologicznego, zostanie wykorzystany do realizacji przyszłych badań naukowych.
12. Podane przez Panią/Pana dane będą jedynie znane członkom zespołu badawczego i będą traktowane jako poufne, nie będą przekazywane innym odbiorcom.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *(data i czytelny podpis Matki)* |  | *(data i czytelny podpis Ojca)* |

Ja, niżej podpisana, wyrażam zgodę na pobranie próbki mojej krwi obwodowej i wykonanie m.in. następujących niezbędnych badań: HBsAg, Anty-HBc, anty-CMV-IgM, anty-CMV-IgG i, anty-Syfilis, anty-Toxo-IgM, anty-Toxo-IgG i, Anty-HCV, anty-HIV 1,2. Jestem świadoma, że w przypadku wstępnej pozytywnej kwalifikacji jednostki krwi pępowinowej pozyskanej po porodzie mojego dziecka niezbędne jest ponowne wykonanie wymienionych wyżej badań z mojej krwi obwodowej po upływie 6 miesięcy od pozyskania krwi pępowinowej.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | *(data i czytelny podpis Matki)* |  | |
|  | |  |  |