**Договор № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**на оказание медицинских услуг**

|  |  |
| --- | --- |
| **г. Москва** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** , лично или совместно, именуемые в дальнейшем «Клиент», с одной стороны, ПАО «Международный Медицинский Центр Обработки и Криохранения Биоматериалов», ИНН 7736317497, ОГРН 1187746787810, лицензия ЛО-77-01-018202 от 13 июня 2019 на медицинскую деятельность, выд. Департаментом здравоохранения города Москвы, срок действия - бессрочно, именуемое в дальнейшем «Гемабанк», в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании доверенности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. **Предмет** **Договора**

1.1. Гемабанк принимает на себя обязательства оказать Клиенту платные медицинские услуги (далее – Услуги), а Клиент обязуется оплатить Услуги в порядке и на условиях настоящего Договора.

1.2. Объем Услуг, которые Гемабанк оказывает Клиенту, а также порядок действия Сторон в рамках исполнения Договора, указаны в Приложениях №1, 2 к настоящему договору.

1. **Обязанности Сторон**

**2.1. Гемабанк обязуется:**

2.1.1. Предоставить Клиенту Услуги, в отношении которых заключен настоящий Договор и Приложения №1, №2.

2.1.2. Довести до сведения Клиента необходимую и достоверную информацию об Услугах, оказываемых по настоящему Договору.

2.1.3. Осуществлять постоянный контроль за качеством Услуг, оказываемых по настоящему Договору.

2.1.4. Вести всю необходимую сопроводительную документацию, отражающую оказание Услуг по настоящему договору (результаты тестирований, протоколы работ).

2.1.5. Своевременно, не позднее 5 (пяти) рабочих дней с момента получения письменного запроса Клиента, сообщать ему все сведения о ходе оказания Услуг.

**2.2. Клиент обязуется:**

2.2.1. Своевременно производить расчеты за Услуги, оказываемые по настоящему Договору.

2.2.2. Предоставить полную и достоверную информацию, запрашиваемую Гемабанком и необходимую для оказания Услуг.

2.2.3. Довести любые изменения персональных данных, в том числе адреса (места жительства) и контактных телефонов (средств связи) до сведения Гемабанка в течение 14 календарных дней в письменном виде в порядке, установленном в п. 6.1. настоящего Договора.

1. **Стоимость услуг, порядок расчетов по Договору**
	1. Цена настоящего Договора составляет стоимость Услуг, оказываемых Гемабанком Клиенту в рамках настоящего Договора в соответствии с Приложениями №1, №2, и определяется в соответствии с Прейскурантом, размещенном на сайте [www.gemabank.ru](http://www.gemabank.ru) и на информационном стенде в офисе Гемабанка.
	2. Гемабанк оставляет за собой право пересматривать размер стоимости Услуг, но не чаще одного раза в год. Изменение стоимости указывается в Прейскуранте Гемабанка, при этом Сторонам не требуется подписания дополнительного соглашения к настоящему Договору об изменении стоимости Услуг. Стоимость Услуг, частично оплаченных Клиентом в соответствии с Приложениями №1, №2, пересмотру не подлежит.
2. **Ответственность Сторон**
	1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
	2. Гемабанк несет ответственность за качество Услуг, оказываемых по настоящему Договору, в объеме полного возмещения Клиенту всех полученных денежных средств.

4.3. В случае просрочки оплаты Клиентом Гемабанку платежей в сроки, предусмотренные настоящим Договором и приложениями к нему, Клиент уплачивает Исполнителю пеню из расчета 0,1% от неуплаченной в срок суммы за каждый день просрочки, но не более 10% от общей суммы задолженности.

4.4. В случае просрочки Клиентом оплаты Услуг совокупно более чем за шесть месяцев, Гемабанк вправе отказаться от исполнения настоящего Договора и прекратить оказание Услуг по настоящему Договору, уведомив Клиента в порядке, предусмотренном п. 6.1. настоящего Договора. При этом Гемабанк сохраняет право требовать от Клиента оплаты Услуг, оказанных до даты указанного уведомления.

4.5. Возникшие разногласия Стороны решают путем переговоров. Если в ходе переговоров стороны не урегулировали разногласия, спор передается для рассмотрения: в Мещанский районный суд города Москвы/Мировой Судебный участок № 411 Мещанского района г. Москвы.

1. **Срок и прекращение действия Договора**

5.1. Настоящий Договор вступает в силу с даты его подписания и действует до исполнения сторонами своих обязательств.

5.2. Действие настоящего Договора может быть прекращено по инициативе Клиента в любое время. При этом Клиент обязан письменно уведомить Гемабанк не позднее, чем за два месяца до предполагаемого срока окончания Договора, и оплатить Гемабанку стоимость фактически оказанных услуг. Уведомление осуществляется в порядке, установленном п. 6.1. настоящего Договора.

1. **Дополнительные условия**

6.1. Отправка и получение всех направлений, уведомлений, запросов и прочий документооборот между Сторонами осуществляется посредством электронной связи по адресам контактных лиц, указанных в разделе 9 настоящего Договора. Получение документов путем направления электронного сообщения на электронные адреса, указанные в разделе 9 настоящего Договора, означает получение указанных документов надлежащим образом и надлежащим лицом. Факт получения электронного сообщения в вышеуказанном порядке не подлежит оспариванию. При отсутствии электронной почты у Клиента, Гемабанк направляет необходимые уведомления простым письмом через ФГУП «Почта России» по адресу Клиента, указанному в настоящем Договоре.

6.2. Гемабанк соглашается с тем, что информация, которую предоставил Клиент, а также информация, касающаяся заключения и исполнения настоящего Договора и договоров, заключенных Гемабанком в его исполнение, является конфиденциальной и обязуется сохранять ее конфиденциальность.

6.3. В случае нарушения Клиентом своих обязанностей по оплате Услуг, оказываемых по настоящему Договору, Гемабанк вправе привлечь для защиты своих интересов третьих лиц с передачей им информации, указанной в разделе 9 настоящего Договора, а также сведений об оплате Клиентом услуг по настоящему Договору. Медицинская информация, полученная в рамках исполнения настоящего Договора, может быть предоставлена только по запросам компетентных органов в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

6.4. При выполнении настоящего Договора, Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

|  |  |
| --- | --- |
| 6.5. | Матерью ребёнка является \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, место рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. **Форс-мажор**

7.1. Если иное не установлено настоящим Договором, Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по нему, в случае, если оно явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы (стихийных бедствий, наводнения или землетрясения), военных действий, блокады, принятия актов государственных органов или других не зависящих от Сторон обстоятельств (за исключением обстоятельств, относимых к коммерческим рискам осуществления предпринимательской деятельности), и если эти обстоятельства непосредственно повлияли на исполнение настоящего Договора. При этом, сроки исполнения обязательств по Договору отодвигаются, соразмерно времени, в течение которого действовали такие обстоятельства и их последствия.

7.2. Сторона, для которой создалась невозможность исполнения обязательств по настоящему Договору, должна немедленно (в течение 5 рабочих дней с момента наступления данных обстоятельств) известить другую Сторону о наступлении и прекращении обстоятельств, препятствующих исполнению обязательств в порядке, установленном в п. 6.1. настоящего Договора.

7.3. Несвоевременное (свыше 5 (пяти) рабочих дней) уведомление о наступлении или прекращении форс-мажорных обстоятельств лишает Сторону права ссылаться на них.

1. **Заключительные положения**

8.1. Все упомянутые в тексте настоящего Договора приложения и документы к нему, а также приложения и документы, упомянутые в них, подлежат подписанию уполномоченными представителями обеих Сторон, являются неотъемлемой частью Договора и имеют равную с ним юридическую силу.

8.2. Настоящий Договор составлен в двух имеющих равную юридическую силу экземплярах по одному экземпляру для каждой из Сторон.

8.3. Приложения к Договору на дату его подписания:

 Приложение №1. Перечень медицинских услуг, подлежащих оказанию Клиенту.

Приложение №2. Порядок и условия исполнения Договора.

 Приложение №3. Информированное согласие на сбор пуповинной крови и ткани пуповинно-плацентарного комплекса.

 Приложение №4. Согласие на обработку персональных данных.

 Приложение №5. Регистрационные формы матери и отца.Приложение №6. Информированное согласие на выполнение лабораторного исследования образца

биологического материала.

**9. Адреса и реквизиты Сторон**

**ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, место рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
паспорт серия: \_\_\_\_\_\_ номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Зарегистрирован(а) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
контактные телефоны: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, место рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
паспорт серия: \_\_\_\_\_\_ номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Зарегистрирован(а) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
контактные телефоны: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Гемабанк** – Публичное акционерное общество «Международный Медицинский Центр Обработки и Криохранения Биоматериалов»(ПАО «ММЦБ»)

ИНН 7736317497/КПП 773601001
Юридический адрес:119333, Москва, ул. Губкина, д. 3, корп. 1, этаж 1, пом.. I, комн. 24.
Почтовый адрес:119333, Москва, ул. Губкина, д. 3, корп. 1, этаж 1, пом.. I, комн. 24.
р/с 40702810138000010325 в ПАО СБЕРБАНК, г.МОСКВА к/с 30101810400000000225 БИК 044525225 ОКПО 32678407
ОГРН: 1187746787810
телефон: + 7(495)734-91-70, email:client@gemabank.ru, вебсайт: http://gemabank.ru

Генеральный директор – Приходько Александр Викторович

1. **Подписи Сторон**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Клиент  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |
| Гемабанк\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |

 м.п.

Я **согласен\_\_\_\_\_ / не согласен \_\_\_\_\_** на информирование по телефону , электронной почте или SMS о новинках перечня услуг, скидках, акциях и других новостях Гемабанка.

Я **согласен\_\_\_\_\_ / не согласен \_\_\_\_\_** получать результаты клинических исследований по электронной почте.

Приложение №1

к Договору № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

**Перечень медицинских услуг, подлежащих оказанию Клиенту**

|  |  |
| --- | --- |
| **Услуга и описание** | **Стоимость\*\*, р.** |
|  |  |
|  |  |
| **Всего** |  |
| **ИТОГО к оплате** |  |

График платежей для услуг:

Клиент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Гемабанк \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

\*В некоторых регионах РФ дополнительно оплачивается доставка биоматериала до Москвы.

\*\*НДС не облагается на основании подпункта 2 пункта 2 статьи 149 НК РФ

Приложение №2

к Договору № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Порядок и условия исполнения Договора**

1. Клиент в момент заключения договора обязан предоставить Гемабанку результаты анализов крови матери (например, копию обменной карты) на предмет носительства возбудителей опасных инфекционных заболеваний или антител к ним: антител к вирусу иммунодефицита человека (ВИЧ 1 и 2), антител к гепатиту С, поверхностного антигена вируса гепатита В (HBsAg). Любой из положительных результатов анализов является абсолютным противопоказанием для проведения забора пуповинной крови.
2. Гемабанк передает Клиенту комплект для забора пуповинной крови, инструкции для родителей и врачей-акушеров. Комплект для забора пуповинной крови как изделие медицинского назначения возврату не подлежит.
3. В течение не более 3 часов после родов Клиент обязан уведомить об этом Гемабанк по телефону +7(495) 734-91-70, оставив сообщение оператору или на автоответчике.
4. Гемабанк обязуется доставить в лабораторию Гемабанка собранную в роддоме пуповинную кровь в течение не более 48 часов при условии надлежащего выполнения Клиентом п.3 Приложения №2.
5. Выделение концентрата стволовых клеток из пуповинной крови и его криоконсервирование выполняется не более 3 часов, в криомешке или криопробирках по желанию клиента. Дополнительно сохраняются по 3 малых криопробирки-спутника вне зависимости от выбранного способа хранения, предназначенные для проведения каких-либо дополнительных исследований в будущем. Из них две криопробирки-спутника содержат концентрат стволовых клеток пуповинной крови, и одна криопробирка-спутник содержит ДНК ядросодержащих клеток пуповинной крови.
6. Гемабанк обязуется разместить криоконсервированный концентрат стволовых клеток пуповинной крови (далее именуемый – «образец»), прошедший все необходимые испытания и тестирования, в криогенном хранилище Гемабанка, в котором обеспечивается и контролируется температура не выше минус 150 градусов С. Гемабанк обязуется вести учет образцов с целью их однозначной идентификации (в том числе с помощью присвоения образцу индивидуальных кодов), хранить образцы в течение срока, указанного в настоящем Договоре и возвратить образцы Клиенту в сохранности по окончании указанного срока хранения или в любое время по его требованию (полностью или частично). Хранение образцов с обезличением или в условиях, которые могут привести к обезличению, не допускается.
7. Гемабанк вправе отказаться от хранения образца в случае обнаружения в результате проведения исследований следующих возбудителей: ВИЧ (тип 1 и тип 2), Т-клеточного лейкоза человека I и II типа, гепатитов В и С, сифилиса. При этом Клиенту возвращаются оплаченные им денежные средства за вычетом стоимости фактически понесенных Гемабанком расходов во исполнение настоящего Договора.
8. Образец является собственностью Клиента. Осуществление Клиентом распорядительных действий в отношении образца, в том числе изъятие их полностью или частично производится по соответствующему заявлению клиента или его законного представителя и документа, удостоверяющего личность. Ребенок, достигший совершеннолетия, вправе самостоятельно осуществлять распорядительные действия в отношении образца, а также заключить договор хранения образца от своего имени. Криогенное хранилище Гемабанка, в котором будет осуществляться хранение образца, находится в помещениях Гемабанка, расположенных на территории Института общей генетики им. Н.И.Вавилова РАН (119333, Москва, ул. Губкина, д. 3, корп.1).
9. Гемабанк обязуется осуществлять владение образцом исключительно в целях его хранения. Любое иное использование Гемабанком образца не допускается. Любые случаи совершения любых манипуляций с образцом, в том числе извлечение его из криогенного хранилища, промежуточное исследование образца на предмет его состояния и сохранности и т.д. должны быть предварительно согласованы с Клиентом (за исключением случаев, предусмотренных ч.2 п.1 ст.893 ГК РФ). В силу особенностей образца возможность совершения Гемабанком действий, указанных в п.2 ст.893 ГК РФ, исключается.
10. Гемабанк оставляет за собой право изменения места хранения образца в пределах Москвы и Московской области и его перевоза к новому месту хранения без согласия Клиента, но с обязательным уведомлением Клиента в течение 3 месяцев о новом месте нахождения криогенного хранилища и дате помещения образца в это место (при условии, что такие действия не нарушают условий хранения образца и не способны повлиять на обеспечение его сохранности)
11. Гемабанк вправе привлекать соисполнителей при выполнении условий настоящего договора, обладающих соответствующими лицензиями, и отвечает перед Клиентом за действия соисполнителей по договору.
12. В подтверждение приема образца на длительное хранение в криогенное хранилище Клиенту в течение 3 месяцев с даты криоконсервации направляется Сертификат индивидуального хранения.
13. ДНК ядросодержащих клеток из пуповинной крови хранится до востребования Клиентом. Любые распоряжения с ДНК ядросодержащих клеток из пуповинной крови осуществляются по особому распоряжению Клиента (письменное заявление либо заявление, направленное по электронной почте).
14. Клиент дает поручение Гемабанку о передаче ДНК ядросодержащих клеток из пуповинной крови для проведения последующего исследования сторонней организации при наличии у Клиента с соответствующего договора с данной организацией. Передача ДНК ядросодержащих клеток из пуповинной крови может быть осуществлена без участия Клиента, фактом передачи ДНК ядросодержащих клеток из пуповинной крови будет являться акт сдачи-приемки между Гемабанком и организацией, осуществляющей исследование.
15. Гемабанк обязуется возвратить образец полностью или частично Клиенту в срок, указанный в заявлении Клиента на возврат (изъятие), при условии оплаты Клиентом вознаграждения по хранению.
16. Клиент имеет право продлить срок действия настоящего Договора. Договор считается продленным в случае оплаты Клиентом соответствующего срока хранения на условиях, указанных в действующем на момент оплаты Прейскуранта Гемабанка.
17. Гемабанк не оказывает медицинскую помощь, не дает медицинских рекомендаций и не исполняет других функций, кроме оговоренных в настоящем Договоре.
18. В случае если Клиентом по настоящему Договору произведена оплата, но получение концентратов стволовых клеток пуповинной крови или тканей пуповинно-плацентарного комплекса не выполнено по причинам, не зависящим от Гемабанка, Клиенту возвращается вся оплаченная им сумма за вычетом 5000.00 (Пяти тысяч) рублей за каждый выданный Клиенту комплект для сбора биоматериала.
19. В случае, если Клиентом по настоящему Договору произведена оплата, в роддоме выполнен забор пуповинной крови, но закладка образца на длительное криогенное хранение не произведена по основаниям, указанным п. 7 Приложения 2 настоящего Договора, Клиенту возвращается 10 000.00 (Десять тысяч) рублей и соответствующая предоплаченная стоимость хранения образца.
20. Клиент обязуется не менее чем за 30 суток до истечения предоплаченного срока хранения оплатить следующий период хранения согласно действующему Прейскуранту Гемабанка на момент оплаты. В случае полного досрочного изъятия Клиентом образца, Гемабанк обязуется возвратить Клиенту сумму вознаграждения в размере, пропорциональному неиспользованному сроку хранения.
21. В случае выбора Клиентом тарифа с многолетним хранением и отсутствием оплаты данного хранения в течение 3 месяцев после заключения договора, Клиент оплачивает ежегодное хранение Образца, согласно Прейскуранту Гемабанка, действующему на момент оплаты. В случае, если Клиент произвел частичную оплату хранения в течение 3 месяцев после заключения договора, Гемабанк вправе зачесть полученные денежные средства в счет оплаты ежегодного хранения Образца согласно Прейскуранту Гемабанка, действующему на момент оплаты.
22. В случаях, предусмотренных п. 4.4 настоящего Договора, Клиент обязан распорядиться образцом в течение 15 календарных дней с даты уведомления об отказе Гемабанка от исполнения настоящего Договора. Если Клиент не выполнит эту обязанность, Образец будет передан научным, образовательным медицинским учреждениям для выполнения научных исследований либо утилизирован. Гемабанк сохраняет право на возмещение вознаграждения за весь период неоплаты Клиентом задолженности.

Приложение №3

к Договору № MGB\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Информированное согласие на сбор пуповинной крови**

1. Процедура забора пуповинной крови будет происходить уже после отделения новорожденного от пуповины ребенка, поэтому процедура забора никак не влияет ни на здоровье матери, ни на здоровье родившегося ребенка
2. Хранение в жидком азоте позволяет сохранить жизнеспособность образцов неограниченное время при температуре не выше -150 градусов С. Оставшиеся после выделения стволовых клеток эритроцитарная масса и плазма будут использованы для проведения анализов и могут быть использованы для научных исследований.
3. Трансплантация стволовых клеток может быть произведена по мере необходимости ребенку или членам семьи, при условии наличия показаний и отсутствия противопоказаний, которые определяет не Гемабанк, а только лечащий врач. Невозможно знать заранее, заболеет ли в будущем ребенок одной из форм заболеваний, при лечении которых могут понадобиться стволовые клетки. Невозможно знать заранее, примет ли лечащий врач положительное решение о трансплантации стволовых клеток. Выделенные и хранящиеся стволовые клетки ребенка могут понадобиться для лечения спустя длительное время, например, в пожилом возрасте. Стволовые клетки не могут быть применены для успешного лечения всех возможных заболеваний или патологических состояний организма. Всегда остается риск того, что полностью излечить заболевание не удастся.
4. ДНК ребенка хранится в одной из криопробирок-спутников, предназначена исключительно для диагностических целей и может быть использована многократно для проведения различных генетических тестов.
5. Имеются противопоказания для сбора пуповинной крови для персонального хранения:

1) абсолютные: пренатальное обнаружение в крови матери HbsAg, Anti-HCV, Anti-HIV-1 и 2; мертворождение или внутриутробная гибель плода

2) относительные: возраст матери менее 18 лет, срок беременности менее 32 недель; опухоли плаценты, злокачественные опухоли у матери; состояния ребенка, требующие реанимационных мероприятий, а также выраженная анемия и гипоксия плода; признаки хромосомных аномалий у ребенка (синдромы Дауна, Шерешевского-Тернера и др.)

1. Забор пуповинной крови производится сотрудниками роддома, Гемабанк не принимает в нем участия. В ходе родов могут возникнуть непредвиденные обстоятельства, и врач-акушер и/или уполномоченный им медицинский персонал не будет иметь возможности провести забор биоматериалов или проведет его не в полном объеме или не в полном соответствии инструкциям. В частности:
	1. Возможно, что медицинский персонал роддома соберет слишком малый объем пуповинной крови, или в крови могут появиться сгустки. Хотя такие случаи крайне редки, в результате выделения клеток их количество и жизнеспособность будут значительно снижены, поэтому выделенного количества стволовых клеток, скорее всего, будет недостаточно для проведения полноценной трансплантации. Для пуповинной крови, содержащей сгустки и/или содержащей на долабораторном этапе менее 250 млн. клеток, вероятность практического использования невелика в рамках современной медицины.
	2. Отсроченное пережатие пуповины (т.н. "пульсация") длительностью более минуты негативно сказывается на объеме собираемой пуповинной крови, и при отсроченном пережатии более 3-х минут есть значительная вероятность собрать слишком малый объем пуповинной крови, который будет технически невозможно обработать и заложить на криогенное хранение. Рекомендуем заранее обсудить с врачом, принимающем роды, необходимость и длительность отсроченного пережатия пуповины.
2. В момент забора пуповинной крови возможно попадание в образец микроорганизмов (контаминация). Факт бактериальной или грибковой контаминации образца не является противопоказанием к его закладке на длительное хранение, поскольку такой образец в дальнейшем можно применять одновременно с

противомикробными или антибактериальными препаратами, к которым чувствительны выявленные в образце микроорганизмы.

**Изложенные положения мне понятны.**

**Я подтверждаю, что я прочитал (а) все вышеизложенное, или полный текст документа был мне прочитан. Я подтверждаю, что понял(а) все его содержание, и что я получил(а) ответы на все возникшие вопросы, касающиеся предмета Договора и Порядка и условий его исполнения.**

Я настаиваю на том, чтобы пуповинная кровь, содержащая сгустки, и/или содержащая на долабораторном этапе менее 250 млн. клеток, **была обработана** для выделения и криогенного хранения концентрата
стволовых клеток. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)

Я настаиваю на том, чтобы пуповинная кровь, содержащая сгустки, и/или содержащая на долабораторном этапе менее 250 млн. клеток, не обрабатывали с целью выделения и криогенного хранения концентрата стволовых клеток, а образец пуповинной крови **был утилизирован**.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_добровольно даю свое согласие на сбор, обработку, криокосервацию, тестирование и хранение стволовых клеток, а также ДНК (если предусмотрено договором) моего ребенка в ПАО «Международный Медицинский Центр Обработки и Криохранения Биоматериалов».

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Соглашаюсь |  | Не соглашаюсь | использовать эр. массу и плазму пуповинной крови в научных исследованиях |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дата)

#  Приложение № 4

к Договору № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Согласие на обработку персональных данных**

**Мы (Я),** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, место рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
паспорт серия: \_\_\_\_\_\_ номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Зарегистрирован(а) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
контактные телефоны: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в рамках договора № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на оказание медицинских услуг от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

в соответствии с требованиями Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 г № 152-ФЗ и Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ подтверждаем(-ю) свое согласие на обработку ПАО «Международный Медицинский Центр Обработки и Криохранения Биоматериалов» (далее ПАО «ММЦБ») в целях оказания медицинских услуг моих персональных данных, включающих:

- фамилию, имя, отчество;

- дату рождения;

- паспортные данные;

- адрес местожительства;

- контактные данные (номер телефона, е-mail);

- данные о состоянии моего здоровья.

Предоставляем(-ю) ПАО «ММЦБ» право осуществлять действия с моими персональными данными, включая сбор, запись, хранение, обновление, извлечение, предоставление, трансграничную передачу, блокирование и уничтожение персональных данных.

ПАО «ММЦБ» вправе обрабатывать наши (мои) персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими работу компании.

Срок хранения наших (моих) персональных данных – не ограничен.

 Мы (я) оставляем за собой право отозвать свое согласие на обработку персональных данных посредством составления письменного документа, который может быть направлен нами (мной) в адрес ПАО «ММЦБ» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю ПАО «ММЦБ».

В случае отзыва нами (мной) согласия об обработке персональных данных, ПАО «ММЦБ» вправе продолжить обработку персональных данных без нашего (моего) согласия при наличии оснований, указанных в Федеральном законе «О персональных данных» от 27.07.2006 г № 152-ФЗ.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Клиент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
|  |  |  |
| Гемабанк \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |

Приложение №5

к Договору № **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Регистрационная форма матери**

ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Зарегистрирована: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место проживания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактные телефоны \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail (печатными буквами) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Доверенное лицо (ФИО, телефон), родство:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Национальность или этническая группа: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Вы когда-либо:*

страдали опасными инфекционными заболеваниями \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_да \_\_\_\_нет\_\_\_

болели гепатитом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ да \_\_\_\_нет\_\_\_

имели положительные тесты на гепатит, ВИЧ, сифилис \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_да \_\_\_\_ нет\_\_\_

*Кто-либо из Ваших родственников страдал:*

Заболеваниями крови \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ да \_\_\_\_ нет \_\_\_

Заболеваниями сердца\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ да \_\_\_\_\_нет\_\_\_

Инфаркты/инсульты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_да\_\_\_\_\_\_нет\_\_\_

Гипертония\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ да \_\_\_\_\_нет \_\_\_

Детская смертность в семье\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ да \_\_\_\_\_ нет\_\_\_

Мертворождение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_да \_\_\_\_\_нет \_\_\_

Наследственными заболеваниями \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ да \_\_\_\_\_нет \_\_\_

Злокачественными новообразованиями \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ да \_\_\_\_ нет \_\_\_

*Если Вы ответили «ДА» хотя бы на один вопрос, расшифруйте*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Укажите, пожалуйста, откуда Вы впервые узнали об услуге Гемабанка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ваш врач ведущий беременность рекомендовал, сохранить стволовые клетки? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ да\_\_\_нет\_\_\_\_

ФИО врача, направившего в Гемабанк \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Организация, в которой работает направившее лицо \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Предполагаемая дата родов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Двойня да / нет (ненужное зачеркнуть)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| Гемабанк  |  |  |

**Регистрационная форма отца**

ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Зарегистрирован: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место проживания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактные телефоны

e-mail (печатными буквами) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Национальность или этническая группа: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Вы когда-либо:*

страдали опасными инфекционными заболеваниями \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ДА \_\_\_\_НЕТ\_\_\_

болели гепатитом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ДА \_\_\_\_ НЕТ\_\_\_

имели положительные тесты на гепатит \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ДА \_\_\_\_НЕТ\_\_\_

страдали заболеваниями, передающимися половым путем \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ДА \_\_\_\_ НЕТ\_\_\_

*Кто-либо из Ваших родственников страдал:*

Заболеваниями крови \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ДА \_\_\_\_ НЕТ\_\_\_

Заболеваниями сердца\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ДА\_\_\_\_\_\_НЕТ\_\_\_

Инфаркты/инсульты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ДА\_\_\_\_\_\_НЕТ\_\_\_\_

Гипертония\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ДА\_\_\_\_\_НЕТ\_\_\_

Детская смертность в семье\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ДА\_\_\_\_\_НЕТ\_\_\_

Мертворождение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ДА\_\_\_\_\_НЕТ\_\_\_

Наследственными заболеваниями \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ДА \_\_\_\_ НЕТ\_\_\_

Злокачественными новообразованиями \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ДА \_\_\_\_ НЕТ\_\_\_

*Если Вы ответили «ДА» хотя бы на один вопрос, расшифруйте*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Укажите, пожалуйста, откуда Вы впервые узнали об услуге Гемабанка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| Гемабанк  |  |  |

Приложение №6

к Договору № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Информированное согласие на выполнение лабораторного исследования образца**

**биологического материала**

1. Клиент дает Гемабанку информированное добровольное согласие на оказание услуг:

«Генетический тест Гемабанк» (выполнение лабораторного исследования ДНК ядросодержащих клеток из пуповинной крови (генотипирование выделенной ДНК), обработку (интерпретацию) полученных лабораторных данных – сопоставление аллелей нуклеотидных полиморфизмов с данными научных исследований в области генетики человека) (далее по тексту именуются «Услуги»).

1. До Клиента доведены и ему понятны цели, методы и условия оказания Услуг, возможные риски и последствия, а также предполагаемые результаты оказания Услуг.
2. Стороны понимают под использованием образца биологического материала в целях настоящего Приложения: перевозку, лабораторные исследования, хранение, уничтожение.
3. Клиент дает согласие на обработку своих персональных данных в целях оказания Услуг, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату и место рождения, данные документа удостоверяющего личность, контактный телефон, адрес электронной почты, результаты лабораторного исследования необходимые для оказания Услуг.
4. Клиент согласен с правом Гемабанка осуществлять сбор его персональных данных, их систематизацию, накопление, хранение, передачу третьим лицам в целях оказания Клиенту услуг, обновление, изменение, обезличивание, блокирование, уничтожение и иное использование. Данное согласие действует бессрочно и может быть отозвано в любой момент путем направления в адрес Гемабанка соответствующего заявления.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Соглашаюсь |  | Не соглашаюсь |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дата)

**Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ознакомлен и согласен с содержанием настоящего документа, все положения которого мне полностью понятны.**