

**UMOWA O ŚWIADCZENIE USŁUGI PROFILAKTYCZNO - TERAPEUTYCZNEJ W ZAKRESIE PREPARATYKI
I PRZECHOWYWANIA KOMÓREK MACIERZYSTYCH Z KRWI PĘPOWINOWEJ
Nr /09/...../2017**

zawarta w dniu września 2017 roku w pomiędzy:

Progenis Spółka z o.o. z siedzibą w Warszawie, ul. Wilcza 50/52, 00-679 Warszawa, o numerze Regon: 356743283, NIP: 676-22-45-720, wpisaną przez Sąd Rejonowy dla Krakowa- Śródmieścia w Krakowie XI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr 0000177116, kapitał zakładowy 50.000,00 zł, zwaną w niniejszej umowie „**Progenis**”, reprezentowaną przez:

Adres do korespondencji:	PROGENIS Spółka z o.o. Ul. Marcika 27, 30-443 Kraków
Telefon, fax adres e-mail,	12 651 28 51, biuro@progenis.pl

a

Panią:			
Adres zameldowania:			
Nr PESEL:	_____	Telefon:	_____
Seria i nr dow. osobistego:	_____	E-Mail:	_____
Panem:			
Adres zameldowania:			
Nr PESEL:	_____	Telefon:	_____
Seria i nr dow. osobistego:	_____	E-Mail:	_____
Adres do korespondencji:	<input type="checkbox"/> jak matki <input type="checkbox"/> Inny (proszę wpisać)		<input type="checkbox"/> jak ojca

zwanymi dalej odpowiednio **Rodzicem** lub **Rodzicami**.

CZĘŚĆ INFORMACYJNA I OŚWIADCZENIA STRON

1. Rodzice oświadczają:

Przewidywany termin porodu dziecka:	
Lekarz prowadzący ciążę:	
Miejsce porodu:	
Szkoła rodzenia:	

- Na zasadach określonych w niniejszej umowie, Rodzice wyrażają zgodę na pobranie krwi pępowinowej dziecka w chwili urodzenia i powierzają komórki macierzyste uzyskane z pobranej krwi w celu odpłatnego przechowywania ich przez Progenis w warunkach umożliwiających wykorzystanie w przyszłości tych komórek do przeszczepień autologicznych lub innych zastosowań medycznych.
- Progenis zobowiązuje się do pobrania i zabezpieczenia krwi, wyizolowania komórek macierzystych, złożenia komórek macierzystych w banku komórek macierzystych i ich przechowywania.
- Rodzice oświadczają, że wyrażają zgodę na pobranie krwi, przeprowadzenie jej badań, wyizolowanie komórek macierzystych i ich

przechowywanie na zasadach określonych w umowie.

5. Rodzice są odpowiedzialni solidarnie za zobowiązania wynikające z umowy.
6. Progenis oświadcza, iż dołoży należytej staranności przy wykonywaniu usług określonych w niniejszej umowie, która będzie oceniana przy uwzględnieniu zawodowego charakteru jego działalności.

§ 2

Pobranie krwi i przygotowanie do przechowywania

1. Progenis zapewni wykonanie pobrania krwi pępowinowej przez wykwalifikowany personel, w miejscu o którym mowa w §1 pkt 1.
2. Jeżeli poród nastąpi w innym miejscu niż określone w § 1 pkt 1 lub odbędzie się poza szpitalem, Progenis podejmie wszelkie możliwe działania, umożliwiające dokonanie prawidłowego pobrania krwi w miejscu porodu.
3. Ostateczną decyzję o dokonaniu pobrania krwi podejmuje lekarz prowadzący poród wraz z osobą upoważnioną do pobrania krwi. Krew zostanie pobrana z pępowiny dziecka w maksymalnej możliwej ilości, nie mniejszej jednak niż 20 ml.
4. Krew pępowinowa zostanie pobrana do zestawu pobraniowego, o którym mowa w § 9 pkt 4.
5. Z uwagi na fakt, iż stopień czystości pobranej krwi oraz jej ilość warunkowana jest także czynnikami naturalnymi, na które osoba pobierająca nie ma wpływu, Progenis nie może zagwarantować, że pobrana krew spełni wszystkie kryteria kwalifikujące ją do przechowywania i nie ponosi z tego tytułu odpowiedzialności. W celu określenia przydatności krwi do przechowywania zostanie ona poddana badaniom.
6. W dniu porodu zostanie także pobrana krew obwodowa Matki w celu wykonania badań wirusologicznych (HBs-Ag, Anty-HBc, Anty-HCV, Anty-HIV) oraz badań w kierunku kiły. Niniejszym Matka wyraża zgodę na pobranie krwi i wykonanie niezbędnych badań.
7. Progenis poinformuje Rodziców o wyniku badań, o których mowa w § 2 pkt 5 i 6 do 30 dni od daty złożenia komórek macierzystych w Banku Komórek Macierzystych PROGENIS.
8. W przypadku wątpliwych lub dodatnich wyników badań wirusologicznych Progenis pisemnie powiadomi o tym fakcie Rodziców w terminie 14 dni od daty otrzymania wyników badań. W zaistniałej sytuacji Rodzice zobowiązują się do wykonania dodatkowych badań genetycznych HBV DNA i/lub HCV RNA oraz dostarczenia ich wyników do Progenis najpóźniej do 30 dni od daty ich otrzymania. Jeżeli wyniki badań Matki okażą się ujemne umowa będzie kontynuowana. W przypadku wyników dodatnich Rodzice w ciągu 2 miesięcy od daty ich otrzymania zobowiązują się do wykonania badań wirusologicznych Dziecka i dostarczenia ich do Progenis. Jeżeli wyniki badań Dziecka okażą się ujemne, umowa będzie kontynuowana. W przypadku dostarczenia dodatnich wyników badań Dziecka, Rodzice zobowiązani są do złożenia pisemnego oświadczenia o rezygnacji lub kontynuowaniu usług. Brak oświadczenia skutkować będzie sytuacją opisaną w § 2 pkt 12.

9. W przypadku dodatnich wyników badań w kierunku zakażenia bakteriologicznego kłką lub wirusem HIV, Progenis odmówi przyjęcia materiału do przechowywania, a Rodzice zostaną o tym fakcie powiadomieni w sposób właściwy dla powiadamiania osób zakażonych wirusem HIV.
10. Progenis zobowiązuje się do przetransportowania krwi do laboratorium, odpowiedniego zabezpieczenia krwi przez cały okres transportu i obróbki, wyizolowania komórek macierzystych z krwi, do zamrożenia komórek macierzystych oraz do złożenia ich w Banku Komórek Macierzystych PROGENIS.
11. Usługi nie będą kontynuowane, a umowa w zakresie usług jeszcze nie wykonanych wygasa w przypadku, gdy w ramach czynności pobrania krwi i czynności przygotowawczych okaże się, że ze względów medycznych, technicznych lub prawnych pobranie krwi jest niemożliwe.
12. W przypadku gdy w ramach czynności pobrania krwi i czynności przygotowawczych okaże się, że zostanie pobrana krew w ilości mniejszej niż 20 ml lub pobrana krew nie jest przydatna do dalszych czynności ze względu na dodatni wynik badań mikrobiologicznych lub żywotność komórek będzie poniżej 75%, Rodzice mają prawo do rezygnacji z kontynuowania usługi składając stosowne oświadczenie w formie pisemnej. Rodzice złożą pisemne oświadczenie o rezygnacji z kontynuowania usług w terminie 14 dni od daty powiadomienia ich przez Progenis o zaistnieniu okoliczności opisanej w zdaniu pierwszym. Brak oświadczenia, o którym mowa powyżej skutkuje dorozumianą zgodą na kontynuowanie usług, a w szczególności na przechowywanie komórek macierzystych celem ich wykorzystania, gdy postęp medyczno-naukowy na to pozwoli.

§ 3

PRZECHOWYWANIE KOMÓREK MACIERZYSTYCH

1. Komórki macierzyste przechowywane będą w Banku Komórek Macierzystych PROGENIS w specjalnie przystosowanych do tego celu pomieszczeniach oraz pojemnikach.
2. W terminie do 30 dni od daty złożenia komórek macierzystych w Banku Komórek Macierzystych, Progenis wyda Rodzicom certyfikat, określający podstawowe dane o złożonych komórkach macierzystych, tj. ilość pobranej krwi, objętość koncentratu, objętość płynu kriochronnego, zawartość WBC, żywotność WBC, wynik posiewu mikrobiologicznego, informacje o Rodzicach, miejscu i dacie porodu i pobrania oraz unikalny kod identyfikacyjny preparatu nadany w Banku Komórek Macierzystych PROGENIS.
3. W przypadku utraty przez Rodziców oryginału certyfikatu, o którym mowa w § 3 pkt 2, PROGENIS, na pisemną prośbę Rodziców, wystawi duplikat certyfikatu i prześle na wskazany przez Rodziców adres.

§ 4 DYSPONOWANIE KOMÓRKAMI MACIERZYSTYMI

1. Prawo dysponowania komórkami macierzystymi do czasu osiągnięcia przez Dziecko pełnej zdolności do czynności prawnych wykonują Rodzice. Później w prawo to wstępuje Dziecko. Na potrzeby dalszej części niniejszej umowy wprowadza się pojęcie Dysponent, czyli Rodzice lub Dziecko.
2. Dysponent komórkami macierzystymi może w każdym czasie wydać dyspozycję dotyczącą zaniechania przechowywania komórek macierzystych, w szczególności zniszczenia ich lub udostępnienia w całości innemu podmiotowi. Wniosek, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym będzie miał skutki wypowiedzenia umowy zgodnie z postanowieniami § 8 niniejszej umowy. W przypadku wpłynięcia wniosku o zaniechanie przechowywania komórek macierzystych bez wskazania sposobu ich wykorzystania, Progenis ma prawo zniszczyć przechowywane komórki lub wykorzystać je do innych celów, w zgodzie z zasadami obowiązującego prawa i możliwościami medycznymi.
3. W przypadku złożenia dyspozycji o przeniesieniu komórek macierzystych do innego banku, o którym mowa w § 4 ust. 2, Progenis zastrzega sobie prawo do obciążenia Dysponenta opłatą manipulacyjną w wysokości 500,00 zł obejmującą: koszty uzgodnień technicznych, przygotowania i weryfikacji dokumentacji, koszty przygotowania transportu materiału do wskazanego przez Dysponenta banku. Wyżej wymienioną opłatę należy uiścić przed dniem rozpoczęcia procedury przeniesienia komórek macierzystych do innego banku.
4. Progenis na wniosek Dysponenta udostępni komórki macierzyste innemu podmiotowi w celu dokonania przeszczepienia autologicznego lub innych usług medycznych na potrzeby Dziecka lub innych biorców. Dysponent zobowiązany jest wskazać we wniosku, w jakim zakresie i komu komórki macierzyste mają zostać udostępnione. W przypadku, gdy Dysponent zdecyduje się na udostępnienie wszystkich komórek macierzystych, wniosek ten będzie miał skutki wypowiedzenia umowy zgodnie z § 8 pkt 2.
5. Dysponent na mocy odrębnych porozumień może zlecić Progenis transport komórek macierzystych lub wykonanie innych usług związanych z komórkami macierzystymi.
6. Wydanie komórek macierzystych zgodnie z wnioskiem Dysponenta uzależnione jest od uiszczenia należnych opłat, o których mowa w § 6 niniejszej umowy.

§ 5 PRZYSTĄPIENIE DZIECKA DO UMOWY

1. Po uzyskaniu przez Dziecko pełnej zdolności do czynności prawnych, może ono przystąpić do umowy lub wstąpić w prawa i obowiązki z umowy w miejsce Rodziców. W tym celu Dziecko i Rodzice mogą złożyć stosowne oświadczenia. Do czasu złożenia oświadczeń stronami umowy pozostają wyłącznie Rodzice.
2. Po uzyskaniu pełnej zdolności do czynności prawnych przez Dziecko, Rodzice nie mogą samodzielnie dysponować komórkami

macierzystymi. Dla skuteczności dyspozycji dotyczącej komórek macierzystych, wniosek Rodziców musi być podpisany również przez Dziecko.

3. Po uzyskaniu przez Dziecko pełnej zdolności do czynności prawnych, pomimo nie złożenia stosownego oświadczenia, o którym mowa w § 5 pkt 1, może ono samodzielnie dysponować komórkami macierzystymi.
4. Postanowienia powyższe stosuje się odpowiednio do sytuacji, gdy przed uzyskaniem pełnej zdolności do czynności prawnych Dziecka, Rodzice utracą władzę rodzicielską nad Dzieckiem. W takim przypadku w prawa i obowiązki Rodziców może wstąpić w imieniu Dziecka opiekun Dziecka ustanowiony zgodnie z przepisami prawa.

§ 6 WYNAGRODZENIE

1. Dysponent zobowiązuje się do zapłaty wynagrodzenia za usługi określone w niniejszej umowie według obowiązującego cennika, który stanowi załącznik nr 1 do niniejszej umowy.

§ 7 ODPOWIEDZIALNOŚĆ, PRZETWARZANIE I OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH

1. Progenis oświadcza, że działalność prowadzona w ramach funkcjonowania banku krwi pępowinowej ubezpieczona jest w Tu i R Allianz Polska S.A.
2. Przez niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązań wynikających z treści niniejszej umowy, za które odpowiedzialność ponosi Progenis należy rozumieć:
 - 2.1. powierzenie czynności pobrania krwi pępowinowej niewykwalifikowanemu personelowi,
 - 2.2. powierzenie czynności transportu krwi pępowinowej osobom lub firmom, które zawodowo nie zajmują się tego typu działalnością,
 - 2.3. zniszczenie krwi pępowinowej wskutek przekroczenia dopuszczalnego czasu pomiędzy jej pobraniem a preparatyką i zamrożeniem,
 - 2.4. zniszczenie krwi pępowinowej podczas wykonywania badań i preparatyki wskutek działania niezgodnego z obowiązującymi standardami medycznymi,
 - 2.5. zniszczenie komórek macierzystych w procesie zamrażania lub ich przechowywania wskutek działania niezgodnego z obowiązującymi standardami medycznymi,
 - 2.6. wydanie przechowywanych komórek macierzystych w sposób niezgodny z §4 pkt 2,
 - 2.7. nieuzasadnione zniszczenie przechowywanych komórek
 - 2.8. kradzież komórek dokonaną wobec nienależytego ich zabezpieczenia.

3. Progenis przetwarzać będzie dane osobowe Rodziców i Dziecka zgodnie z obowiązującymi przepisami (ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 roku, o ochronie danych osobowych), w szczególności zaś w zakresie dokumentacji medycznej, wyłącznie w celu należytego wykonywania postanowień niniejszej umowy. Rodzice mają prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz do ich poprawiania i usunięcia.
4. Dysponent komórek macierzystych, w rozumieniu postanowień niniejszej umowy, ma obowiązek zawiadamiać Progenis o każdej zmianie swoich danych osobowych, a w szczególności zmianie adresu, dokumentu tożsamości, nazwiska, itp.
4. Progenis dostarczy Dysponentowi zestaw pobraniowy do pobrania krwi pępowinowej w terminie 7 dni od daty wniesienia przez Dysponenta opłaty wstępnej. Koszt dostarczenia zestawu ponosi Progenis. W dniu porodu Dysponent zobowiązany jest zabrać otrzymany zestaw pobraniowy do szpitala. W przypadku nie otrzymania zestawu do pobrania krwi, Rodzice mają obowiązek zawiadomić o tym fakcie Progenis (telefonicznie na nr 600 358 084), co najmniej na 7 dni przed planowanym terminem porodu.

§ 8

CZAS TRWANIA I ROZWIĄZANIE UMOWY

1. Umowa zostaje zawarta na czas nieokreślony.
2. Dysponent może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym w przypadku śmierci dziecka lub w przypadku wykorzystania wszystkich komórek macierzystych w trybie określonym w §4 pkt 4. W pozostałych przypadkach Dysponent może wypowiedzieć umowę za jednomiesięcznym wypowiedzeniem, nie wcześniej jednak niż po roku od daty zawarcia umowy.
3. Progenis może wypowiedzieć umowę w przypadku:
 - 3.1. zalegania przez Dysponenta z jakiegokolwiek płatnością z tytułu umowy przez okres dłuższy niż 6 miesięcy przechowywania – za 1 – miesięcznym wypowiedzeniem.
Przed wypowiedzeniem umowy na warunkach opisanych w niniejszym ustępie, Dysponent wcześniej zostanie pisemnie wezwany do uregulowania zaległych w stosunku do Progenis zobowiązań we wskazanym terminie wraz z informacją, o tym, iż brak uregulowania zaległych zobowiązań może skutkować rozwiązaniem umowy;
 - 3.2. odmowy wykonania usługi pobrania krwi pępowinowej przez szpital wskazany przez Rodziców- wypowiedzenie w trybie natychmiastowym.
4. Progenis ma prawo do zniszczenia komórek macierzystych, co do których pomimo wygaśnięcia lub rozwiązania umowy, Dysponent nie złożył odpowiednich dyspozycji, nie pokrył kosztów związanych z dyspozycją lub nie odebrał w wyznaczonym terminie.
5. PROGENIS oświadcza, że na podstawie umowy podpisanej z Uniwersyteckim Szpitalem Dziecięcym w przypadku zaprzestania prowadzenia działalności przez PROGENIS, w tym również w przypadku cofnięcia pozwolenia przez ministra właściwego do spraw zdrowia, prawa i obowiązki Progenis w zakresie przechowywania komórek macierzystych wynikające z niniejszej umowy mogą zostać scedowane na Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie.
6. Zgodnie z art. 36 pkt 1a Ustawy z dnia 11 maja 2017 zmieniającej Ustawę z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, Progenis oświadcza, że w dniu 21 grudnia 2012 r. Minister Zdrowia udzielił Progenis na okres 5 lat pozwolenia na gromadzenie, testowanie, przetwarzanie, przechowywanie i dystrybucję komórek z krwi pępowinowej przeznaczonych do przeszczepienia, w rozumieniu art. 25 i art. 37 ust. 1 ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. W przypadku cofnięcia pozwolenia przez ministra właściwego do spraw zdrowia, Progenis zobowiązuje się poinformować Rodziców o tym fakcie.
7. W kwestiach nieuregulowanych w umowie stosuje się przepisy kodeksu cywilnego.
8. Spory związane z realizacją umowy Strony rozwiązywać będą w pierwszej kolejności polubownie, a w przypadku niemożności osiągnięcia porozumienia spory rozstrzygać będzie sąd powszechny zgodnie z Ustawą właściwy miejscowo.
9. Odstąpienie od Umowy:
 - 9.1. W przypadku zawarcia umowy poza lokalem przedsiębiorstwa Progenis lub na odległość Rodzice będący Konsumentami mogą odstąpić od umowy zawartej z Progenis w terminie 14 (czternastu) dni kalendarzowych bez podawania jakiegokolwiek przyczyny odstąpienia oraz bez ponoszenia kosztów.
 - 9.2. Odstąpienie od umowy zgodnie z ust. 9.1 powyżej wymaga złożenia jednoznacznego oświadczenia /na przykład: pismo, fax, e-mail do firmy Progenis/ w terminie wskazanym w ust. 9.1 powyżej. Dysponent może skorzystać ze wzoru oświadczenia stanowiącego załącznik numer 2 do Ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta.

§ 9

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Zmiany postanowień niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Wszelkie oświadczenia w związku z niniejszą umową, pod rygorem ich nieważności muszą mieć formę pisemną i powinny być doręczone osobiście lub listem poleconym na ostatni adres podany przez Stronę umowy.
3. Dysponent jest zobowiązany do przekazywania Progenis wszelkich informacji mogących mieć związek z realizacją umowy.

- 9.3.** Aby zachować termin do odstąpienia wystarczy, aby Dysponent wysłał informację dotyczącą przysługującego prawa odstąpienia od umowy przed upływem terminu do odstąpienia.
- 9.4.** W przypadku odstąpienia od umowy zawartej poza lokalem przedsiębiorstwa lub na odległość umowę uważa się za niezawartą. Progenis zwraca Dysponentowi w terminie nie później niż 14 dni od dnia otrzymania oświadczenia Dysponenta o odstąpieniu od umowy wszystkie otrzymane od Dysponenta płatności w związku z usługą, przy użyciu takiego samego sposobu zapłaty, jakiego użył Dysponent, chyba że Dysponent wyraźnie zgodzi się na inny sposób zwrotu. W każdym przypadku Dysponent nie ponosi żadnych opłat w związku z tym zwrotem.
- 9.5.** Jeżeli Dysponent zażąda rozpoczęcia świadczenia usług przed upływem terminu do odstąpienia od umowy, składając stosowne oświadczenie o tej treści, zapłaci Progenis kwotę proporcjonalną do zakresu świadczeń spełnionych do chwili, w której poinformowali Progenis o odstąpieniu od niniejszej umowy.
- 9.6.** Prawo do odstąpienia od umowy nie przysługuje Dysponentowi w odniesieniu do umowy (stosownie do art. 38 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta - tekst jednolity z dnia 24 czerwca 2014 r., Dz. U. z 2014 r., poz. 827) jeżeli przedsiębiorca wykonał w pełni usługę za wyraźną zgodą konsumenta, który został poinformowany przed rozpoczęciem świadczenia, że po spełnieniu świadczenia przez przedsiębiorcę utraci prawo odstąpienia od umowy;
- 10.** Postępowanie reklamacyjne. Reklamacje winny być składane w formie pisemnej (na adres siedziby Progenis)/ lub za pośrednictwem poczty elektronicznej (na adres biuro@progenis.pl) w terminie do 30 dni od dowiedzenia się przez Dysponenta o okoliczności uzasadniającej złożenie reklamacji. Reklamacje będą rozpatrywane przez Progenis w terminie do 14 dni od daty ich otrzymania.
- 11.** Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze Stron.
- 12. Dysponent jest zobowiązany powiadomić** firmę Progenis o fakcie pobrania krwi pępowinowej do 1 godziny po pobraniu pod jeden z następujących nr telefonów **600 358 084** (rezerwowe: 608 508 416, 602 507 339).

(czytelne podpisy)

RODZICE**PROGENIS**

Załącznik nr 1 DO UMOWY O ŚWIADCZENIE USŁUGI PROFILAKTYCZNO-TERAPEUTYCZNEJ W ZAKRESIE PREPARATYKI I PRZECHOWYWANIA KOMÓREK MACIERZYSTYCH Z KRWI PĘPOWINOWEJ**1. Regulamin Promocji „Zdrowa Rodzina”:**

- Od dnia 05.09.2017 r. do dnia 30.09.2017 r. obowiązuje Promocja „Zdrowa Rodzina” skierowana do Rodziców, którzy:

- **podpiszą umowę o świadczenie usługi profilaktyczno - terapeutycznej w zakresie preparatyki i przechowywania komórek macierzystych z krwi pępowinowej,**
- **wniosą w terminie wszystkie opłaty wynikające z zawartej umowy.**

Promocja „Zdrowa Rodzina” obejmuje:

- promocyjną cenę na opłatę podstawową
- Pakiet Transplantacyjny Progenis bez dodatkowych opłat (szczegóły w załączniku nr 2)
- nieoprocentowane płatności ratalne

- Oferta cenowa Promocji „Zdrowa Rodzina” nie łączy się z innymi akcjami promocyjnymi realizowanymi przez Progenis a niewynikającymi z zapisów regulaminu.
- Niedopełnienie któregokolwiek z warunków Promocji „Zdrowa Rodzina” upoważnia Progenis do zniesienia opłat promocyjnych i zastosowania opłat standardowych w wysokości:
PAKIET BEZPIECZEŃSTWO
 1290 złotych opłaty wstępnej, 2590 złotych opłaty podstawowej oraz 800 złotych rocznie z tytułu przechowywania komórek macierzystych,
PAKIET PODWÓJNA KORZYŚĆ
 1290 złotych opłaty wstępnej, 2690 złotych opłaty podstawowej oraz 830 złotych rocznie z tytułu przechowywania komórek macierzystych,

Z tytułu zawarcia umowy Dysponent zobowiązuje się do wnoszenia następujących opłat:

Opłata wstępna

- obejmuje m.in. koszty manipulacyjne, koszt zestawów pobraniowych, pobranie krwi pępowinowej, dostarczenie krwi do laboratorium
- płatna jest do 7 dni kalendarzowych liczonych od daty podpisania umowy (na podstawie zawartej umowy)
- Progenis dopuszcza zwrot 50% wartości opłaty wstępnej (po upływie 14 dniowego prawa konsumenta do odstąpienia od umowy) gdy pobranie krwi pępowinowej nie jest możliwe ze względów medycznych (o czym decyduje lekarz obecny przy porodzie). Kwota zostanie zwrócona, pod warunkiem dostarczenia do Progenis nienaruszonego zestawu pobraniowego, najpóźniej do dwóch tygodni od daty porodu.

Opłata podstawowa

- obejmuje m.in. wykonanie badań, przetworzenie, zamrożenie krwi pępowinowej oraz złożenie w Banku Komórek Macierzystych PROGENIS
- płatna po porodzie do 14-u dni od daty wystawienia faktury VAT (faktura zostaje wysłana razem z certyfikatem, o którym mowa w §3 pkt 2 niniejszej umowy do 30 dni od daty złożenia komórek macierzystych w Banku Komórek Macierzystych PROGENIS) (w przypadku wyboru płatności ratalnej pierwsza rata płatna 14 dni od daty wystawienia faktury VAT, a kolejne, co 30 dni)
- Opłata podstawowa nie zostaje wniesiona w przypadku, gdy z uwagi na niekorzystny wynik badań preparatu komórek macierzystych Rodzice podejmą decyzję o rezygnacji z kontynuowania usługi i złożą pisemne oświadczenie, o którym mowa w §2 pkt 12.

Opcja SUPERPOBRANIE (Opcja Dodatkowa)

- Usługa oferowana przez Progenis płatna dodatkowo w Pakiecie Bezpieczeństwo 250 zł lub w Pakiecie Podwójna Korzyść 300 zł.
- Progenis w ramach opcji SUPERPOBRANIE zobowiązuje się do podziału, pozyskanej w ilości równej lub większej niż 90 ml krwi pępowinowej, na dwie odrębne kasety i ich przechowywanie w cenie jednej kasety. Ostatecznej kwalifikacji o podziale krwi dokonuje laboratorium.
- W przypadku wykupienia Opcji SUPERPOBRANIE koszt doliczony zostanie do wartości opłaty podstawowej dostępnej w ramach wybranego Pakietu i uregulowany zgodnie z terminem płatności uwzględnionym na otrzymanej fakturze VAT
- Opłata zostanie doliczona do wartości opłaty podstawowej również w przypadku pobrania krwi w ilości mniejszej niż 90 ml
- Opłata nie zostaje wniesiona w przypadku, gdy z uwagi na niekorzystny wynik badań preparatu komórek macierzystych, Rodzice podejmą decyzję o rezygnacji z kontynuowania usługi i złożą pisemne oświadczenie, o którym mowa w §2 pkt 12.

Opłata z tytułu przechowywania komórek macierzystych

W zależności od decyzji Dysponenta płatna w formie:

- **Rocznych opłat abonamentowych** – wnoszonych **z dołu** za każdy rok przechowywania na podstawie otrzymanej faktury VAT. Opłata za pierwszy rok przechowywania wnoszona jest po roku od narodzin dziecka. Progenis zastrzega sobie prawo waloryzacji rocznych opłat z tytułu przechowywania za okres jednego roku, według wskaźnika wzrostu cen towarów i usług ogłaszanego przez Prezesa GUS, za okres poprzedzający waloryzację. W przypadku podwyższenia ceny usługi o w/w wskaźnik ogłaszany przez Prezesa GUS, Progenis w formie pisemnej poinformuje Dysponenta o okoliczności związanej z podwyżką i wysokością podwyżki. Dysponentowi będzie w zaistniałej sytuacji przysługiwało prawo do rozwiązania umowy w formie pisemnej poprzez złożenie oświadczenia o odstąpieniu od umowy. Dysponent będzie mógł skorzystać z prawa do odstąpienia od umowy w terminie do 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia od Progenis.

lub

- **Za okres 5, 10 lub 18 lat**, płatna do **90 dni po porodzie** na podstawie otrzymanej faktury VAT (w przypadku wyboru płatności ratalnej pierwsza rata płatna do 90 dni od daty porodu na podstawie otrzymanej faktury VAT, a kolejne, co 30 dni). W przypadku wykorzystania komórek macierzystych do celów medycznych zgodnie z postanowieniami §4 pkt 4, opłata ta podlega proporcjonalnemu zwrotowi na rzecz

- Dysponenta tylko za okres od dnia wykorzystania komórek do końca opłaconego okresu przechowywania.
- W innych przypadkach w razie zakończenia umowy przed upływem okresu za jaki wniesiona została opłata z tytułu przechowania komórek macierzystych, Progenis rozliczy i zwróci Dysponentowi wniesioną opłatę w wysokości proporcjonalnej za okres od dnia rozwiązania umowy do końca opłaconego okresu przechowywania.
 - W przypadku uiszczenia przez Dysponenta opłat za przechowywanie za okres 5, 10 lub 18 lat, Dysponent poinformuje Progenis o wyborze formy płatności za kolejne lata przechowywania co najmniej na 30 dni przed upływem opłaconego okresu przechowywania. Jeżeli Progenis nie otrzyma stosownej informacji w powyższym terminie, ma prawo uznać iż opcja płatności zostaje w sposób dorozumiany zmieniona i przybierze postać rocznego abonamentu, zgodnie z cennikiem załączonym do niniejszej umowy.
2. W przypadku rozwiązania umowy, Progenis proporcjonalnie zwróci Dysponentowi wniesione opłaty poniesione za świadczenia, które nie zostały wykonane.
 3. Wszystkie ceny uwzględnione w Załączniku nr 1 są cenami brutto.
 4. Progenis zastrzega sobie prawo do obciążenia Dysponenta kosztami wynikającymi z opóźnień w realizowaniu powyższych płatności w wysokości odsetek ustawowych oraz kwoty rzeczywiście poniesionych kosztów za każde wystosowane wezwanie do zapłaty, nie większej niż 5,20 zł. Jednocześnie strony ustalają, iż w/w wezwania mogą być wysłane na niżej podanych zasadach :
 - a) Progenis jest uprawniony do wysłania maksymalnie dwóch wezwań płatnych w stosunku do danego Dysponenta i danego zobowiązania, z którym Dysponent pozostaje w zwłoce,
 - b) warunkiem wysłania wezwania określonego w lit. a jest upływ minimum 30 dni od terminu płatności zobowiązania wskazanego na fakturze,
 - c) wysłanie drugiego wezwania jest możliwe tylko i wyłącznie po bezskutecznym upływie 30 dni od dnia doręczenia Dysponentowi pierwszego wezwania,
 - d) wezwania określone w niniejszym ustępie będą wysyłane listami poleconymi.
 5. Progenis informuje, iż faktury VAT oraz pozostała korespondencja będzie kierowana do klientów za pomocą poczty elektronicznej z adresu e-mail: faktura@progenis.pl. Jeżeli Dysponent nie wyraża zgody na otrzymywanie korespondencji drogą elektroniczną powinien złożyć pisemną lub mailową deklarację otrzymywania korespondencji w formie tradycyjnej.
 6. **Wpłat należy dokonać na: Progenis sp. z o.o.** ul. Wilcza 50/52, 00-679 Warszawa nr rachunku **21 1500 1487 1214 8004 6305 0000**
 Uwaga: **Tytuł przelewu bankowego powinien zawierać** Nazwisko i Imię Matki **oraz** numer umowy.

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (wyrażenie zgody jest dobrowolne i jest **niezbędne** do realizacji usługi).

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych Dziecka przez PROGENIS Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2016 r. poz. 922), w celu realizacji usługi objętej Umową o świadczenie usługi profilaktyczno-terapeutycznej w zakresie preparatyki i przechowywania komórek macierzystych z krwi pępowinowej.

.....
czytelny podpis Matki

.....
czytelny podpis Ojca

OFERTA SPECJALNA LUX MED – aby skorzystać z oferty należy wyrazić zgodę zgodnie z poniższą treścią. Wyrażenie zgody jest dobrowolne.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych i promocji własnych produktów i usług oraz działań marketingowych i promocji produktów partnerów biznesowych oraz badania opinii na temat świadczonych usług oraz możliwości wprowadzania nowych produktów. Podanie danych we wskazanych powyżej celach jest dobrowolne. Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji handlowej za pomocą środków komunikacji elektronicznej od Lux Med Sp. z o.o.

tak

nie

.....
czytelny podpis Matki

tak

nie

.....
czytelny podpis Ojca

☐ PAKIET BEZPIECZEŃSTWO (Ciąża Bliźniacza)

Prosimy o zaznaczenie w poniższej tabeli **znakiem X wybranej opcji** płatności.

PRZECHOWYWANIE PREPARATU W JEDNEJ KASECIE

Opłata wstępna	Opłata podstawowa	Opłata za przechowywanie	Wybierz opcję	
1290	1590	800 (opłata roczna)	<input type="checkbox"/>	
		3300 (5 lat)	<input type="checkbox"/>	
		3 opłaty miesięczne 3 x 1100	<input type="checkbox"/>	
		6480 (10 lat)	<input type="checkbox"/>	
		3 opłaty miesięczne 3 x 2160	<input type="checkbox"/>	
		9000 (18 lat)	<input type="checkbox"/>	
	3 opłaty miesięczne 3 x 530	800 (opłata roczna)	<input type="checkbox"/>	
		3300 (5 lat)	<input type="checkbox"/>	
		3 opłaty miesięczne 3 x 1100	<input type="checkbox"/>	
		6480 (10 lat)	<input type="checkbox"/>	
		3 opłaty miesięczne 3 x 2160	<input type="checkbox"/>	
		9000 (18 lat)	<input type="checkbox"/>	
	Opcja SUPERPOBRANIE		250	<input type="checkbox"/>

☐ PAKIET PODWÓJNA KORZYŚĆ (Ciąża Bliźniacza)

(W przypadku ciąży bliźniaczej w Pakiecie Podwójna Korzyść każde dziecko posiada odrębną kasetę zawierającą worek mrożeniowy podzielony na dwie części.) Prosimy o zaznaczenie w poniższej tabeli **znakiem X wybranej opcji** płatności.

PRZECHOWYWANIE PREPARATU W JEDNEJ KASECIE

Opłata wstępna	Opłata podstawowa	Opłata za przechowywanie	Wybierz opcję	
1290	1690	830 (opłata roczna)	<input type="checkbox"/>	
		3450 (5 lat)	<input type="checkbox"/>	
		3 opłaty miesięczne 3 x 1150	<input type="checkbox"/>	
		6600 (10 lat)	<input type="checkbox"/>	
		3 opłaty miesięczne 3 x 2200	<input type="checkbox"/>	
		9300 (18 lat)	<input type="checkbox"/>	
	3 opłaty miesięczne 2 x 560 1 x 570	830 (opłata roczna)	<input type="checkbox"/>	
		3450 (5 lat)	<input type="checkbox"/>	
		3 opłaty miesięczne 3 x 1150	<input type="checkbox"/>	
		6600 (10 lat)	<input type="checkbox"/>	
		3 opłaty miesięczne 3 x 2200	<input type="checkbox"/>	
		9300 (18 lat)	<input type="checkbox"/>	
	Opcja SUPERPOBRANIE		300	<input type="checkbox"/>

(podpisy)

RODZICE**PROGENIS**

Załącznik nr 2 DO UMOWY O ŚWIADCZENIE USŁUGI PROFILAKTYCZNO- TERAPEUTYCZNEJ W ZAKRESIE PREPARATYKI I PRZECHOWYWANIA KOMÓREK MACIERZYSTYCH Z KRWI PĘPOWINOWEJ**Regulamin Promocji „Zdrowa Rodzina” dotyczący Pakietu Transplantacyjnego Progenis:**

Promocja „Zdrowa Rodzina” skierowana jest do Rodziców, którzy:

1. podpiszą umowę o świadczenie usługi profilaktyczno - terapeutycznej w zakresie preparatyki i przechowywania komórek macierzystych z krwi pępowinowej.
2. wniosą w terminie wszystkie opłaty wynikające z zawartej umowy.

§ 1

1. W ramach Promocji „Zdrowa Rodzina” Dysponent, który przechowuje komórki macierzyste w Progenis, otrzymuje prawo do **skorzystania bezpłatnie z „Pakietu Transplantacyjnego Progenis”**(koszt pakietu poza promocją 200 zł).
2. Progenis oświadcza, że w przypadku gdy wystąpi konieczność wykorzystania w przeszczepieniu komórek macierzystych, Progenis zapewni:
 - bezpłatne konsultacje medyczne ze specjalistami współpracującymi z Progenis
 - pakiet badań niezbędnych przed przeprowadzeniem przeszczepienia tj.:
 - bezpłatne badanie żywotności komórek oraz określenia liczby leukocytów (WBC)
 - bezpłatne badanie potencjału klonogenego (CFU) krwiotwórczych komórek progenitorowych
 - bezpłatne badanie antygenów transplantacyjnych HLA w przypadku kwalifikacji do przeszczepienia allogenicznego
 - bezpłatną ocenę liczby komórek CD34+
 - bezpłatną ocenę liczby komórek CD45-
 - bezpłatny transport krwi pępowinowej z miejsca przechowywania do miejsca wykonania przeszczepienia.

§ 2

W przypadku, gdy z powodu błędu Progenis, przechowywane komórki macierzyste nie będą mogły być wykorzystane do transplantacji po kwalifikacji do przeszczepienia autologicznego, Progenis zobowiązuje się do wypłacenia Dysponentowi kary umownej w wysokości 100 000 złotych (słownie złotych: sto tysięcy).

§ 3

Za błąd, o którym mowa w § 2, rozumie się następujące przypadki:

1. zamianę przechowywanego preparatu komórek macierzystych, potwierdzoną niezgodnością antygenów HLA preparatu i dziecka, od którego pobrano krew pępowinową
2. zmniejszenie liczby komórek WBC oraz ich żywotności po ich zamrożeniu w stopniu przekraczającym o 50% liczbę komórek WBC oraz ich żywotność ustaloną w trakcie preparatyki krwi pępowinowej.

(podpisy)
RODZICE

PROGENIS

Załącznik nr 3 DO UMOWY O ŚWIADCZENIE USŁUGI PROFILAKTYCZNO-TERAPEUTYCZNEJ W ZAKRESIE PREPARATYKI I PRZECHOWYWANIA KOMÓREK MACIERZYSTYCH Z KRWI PĘPOWINOWEJ**Kwestionariusz dla Matki Dziecka**

Imię i nazwisko Matki Dziecka:	
Data urodzenia: _____	PESEL: _____
Adres:	Nr preparatu (wypełnia laboratorium Progenis)

Prosimy zakreślić właściwe odpowiedzi.

1	Czy czuje się Pani obecnie ogólnie zdrowa?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
2	Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni chorowała Pani lub miała gorączkę powyżej 38°C?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
3	Czy kiedykolwiek miała Pani temperaturę ciała powyżej 38 °C o niejasnej etiologii?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
4	Czy przyjmuje Pani leki przeciwko zakażeniu (antybiotyki, leki przeciw-wirusowe, leki przeciw-grzybicze) Jeżeli tak to jakie?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
5	Czy przyjmuje Pani jakiegokolwiek leki w sposób przewlekły? Jeżeli tak to jakie?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
6	Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni była Pani poddawana szczepieniom? Jeżeli tak to jakim? Kiedy?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
7	Czy choruje Pani bądź chorowała na jedno z niżej wymienionych schorzeń, ewentualnie odczuwa lub odczuwała niżej wymienione dolegliwości? (jeśli tak proszę zaznaczyć odpowiedni kwadrat) a. choroby układu krążenia <input type="checkbox"/> , nadciśnienie <input type="checkbox"/> , dolegliwości ze strony serca <input type="checkbox"/> , zawał serca <input type="checkbox"/> , duszność <input type="checkbox"/> , udar mózgu <input type="checkbox"/> Jeśli tak to kiedy? b. choroby skóry <input type="checkbox"/> , wypryski <input type="checkbox"/> , wysypka <input type="checkbox"/> , uczulenia <input type="checkbox"/> , katar sienny <input type="checkbox"/> , astma <input type="checkbox"/> Jeśli tak to kiedy? c. cukrzyca <input type="checkbox"/> , choroby krwi <input type="checkbox"/> , przedłużenie krwawienia <input type="checkbox"/> , choroby naczyń krwionośnych <input type="checkbox"/> , choroby nerek <input type="checkbox"/> , choroby przewodu pokarmowego <input type="checkbox"/> , choroby płuc <input type="checkbox"/> , choroby układu nerwowego <input type="checkbox"/> , choroby tarczycy <input type="checkbox"/> , padaczka <input type="checkbox"/> , choroby nowotworowe <input type="checkbox"/> , choroby reumatyczne <input type="checkbox"/> Jeśli tak to kiedy? d. kiła <input type="checkbox"/> , rzeżączka <input type="checkbox"/> , toksoplazmoza <input type="checkbox"/> , brucelozą <input type="checkbox"/> , gruźlica <input type="checkbox"/> , mononukleozą zakaźną <input type="checkbox"/> , opryszczka <input type="checkbox"/> , malaria <input type="checkbox"/> , gorączka krwotoczna Ebola <input type="checkbox"/> Jeśli tak to kiedy?		
8	Czy w Pani rodzinie lub rodzinie ojca dziecka rozpoznano kiedykolwiek: (jeśli tak proszę zaznaczyć odpowiedni kwadrat) choroby przewlekłe <input type="checkbox"/> , choroby nowotworowe <input type="checkbox"/> , choroby wrodzone (genetyczne) <input type="checkbox"/> Jeżeli tak to jakie?		
9	Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy miała Pani wykonywaną gastroscopię, biopsję, chirurgiczny zabieg stomatologiczny lub inne inwazyjne badanie diagnostyczne? Jeżeli tak to jakie?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>

10	Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy chorowała Pani ciężko albo przeżyła poważny zabieg operacyjny lub wypadek?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
11	Czy kiedykolwiek wykonywano u Pani przetoczenia krwi lub produktów krwiopochodnych ?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
12	Czy kiedykolwiek była Pani biorcą przeszczepu (komórek, tkanek lub narządów) ? Jeżeli tak to jakich ? Jeżeli tak to kiedy ?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
13	Czy kiedykolwiek otrzymała Pani hormon wzrostu ?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
14	Czy ktokolwiek z Pani rodziny lub rodziny ojca dziecka cierpi lub cierpiał na chorobę Creutzfeldta-Jakoba?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
15	Czy w okresie od 1 stycznia 1980 roku do 31 grudnia 1996 roku przebywała Pani łącznie przez okres 6 miesięcy lub dłużej w Wielkiej Brytanii, Francji lub Irlandii ?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
16	Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy przebywała Pani w krajach Afryki Środkowej i Zachodniej (Gwinea, Sierra Leone, Liberia, Nigeria, Senegal), Demokratycznej Republice Konga lub Tajlandii ?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
17	Czy mieszka Pani lub przebywała czasowo na terenie endemicznego występowania malarii lub innych chorób tropikalnych ? Jeżeli tak to kiedy?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
18	Czy chorowała Pani na: malarię, inne choroby tropikalne ? Jeżeli tak to jakie?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
19	Czy w ciągu ostatnich 28 dni przebywała Pani na terenach, gdzie stwierdzono przypadki przeniesienia Wirusa Zachodniego Nilu na ludzi?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
20	Czy jest Pani osobą z potwierdzonym kiedykolwiek zakażeniem wirusem Ebola?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
21	Czy była Pani leczona z gorączki krwotocznej wywołanej wirusem Ebola? Jeżeli tak to czy została Pani wyleczona i kiedy potwierdzono wyleczenie?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
22	Czy miała Pani kontakt z osobą cierpiącą na gorączkę krwotoczną wywołaną wirusem Ebola?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
23	Czy podlega Pani monitorowaniu w związku z kontaktem z pacjentem zakażonym wirusem Ebola lub z inną ekspozycją na wirus Ebola ?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
24	Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy wykonywano u Pani:	Tak <input type="checkbox"/>	Jeśli tak to kiedy i gdzie (np. gabinet lekarski, zakład kosmetyczny, etc.)? <input type="checkbox"/>
	- Tatuaż	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Akupunkturę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Przekłucie uszu lub innych części ciała	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy miała Pani przypadkowy kontakt z krwią ludzką lub narzędziami zanieczyszczonymi krwią ludzką ?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
26	Czy kiedykolwiek chorowała Pani na żółtaczkę? Jeżeli tak to jaki typ?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
27	Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy miała Pani bliski kontakt z osobą utrzymującą kontakty seksualne podwyższonego ryzyka? Jeżeli tak to kiedy?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
28	Czy kiedykolwiek zalecono Pani rezygnację z oddawania krwi?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>

29	Czy kiedykolwiek wykryto u Pani lub czy kiedykolwiek chorowała Pani ? - CMV (wirus cytomegalii) - HAV (wirus zapalenia wątroby typu A) - HBV (wirus zapalenia wątroby typu B) - HCV (wirus zapalenia wątroby typu C) - HIV (wirus nabytego niedoboru odporności) - HTLV (wirus białaczki ludzkiej komórek T)	Tak	Jeśli tak to kiedy?	Nie
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
30	Czy kiedykolwiek przyjmowała Pani dożylnie środki nie przepisane przez lekarza?	Tak <input type="checkbox"/>	Jeśli tak to jakie?	Nie <input type="checkbox"/>
31	Czy w latach 1965 – 1985 otrzymywała Pani zastrzyki hormonów w celu leczenia niepłodności?		Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
32	Czy była Pani zaszczepiona przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (przeciwko żółtacze typu B)?		Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
34	Czy w ciągu ostatnich 28 dni przebywała Pani na terenach zagrożonych wirusem Zika (tereny Afryki, Ameryki Południowej i Środkowej, Azji Południowo-Wschodniej lub w Regionie Pacyfiku)?		Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
35	Czy w trakcie trwania ciąży miała Pani kontakt seksualny z mężczyzną zakażonym wirusem Zika lub który mieszkał bądź podróżował do obszaru zagrożonego wirusem Zika? Jeśli tak to kiedy?		Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
36	Czy kiedykolwiek stwierdzono u Pani zakażenie wirusem Zika? Jeśli tak to kiedy?		Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
37	Czy kiedykolwiek u ojca dziecka stwierdzono zakażenie wirusem Zika? Jeśli tak to kiedy?		Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>

Wyrażam zgodę na zabieg:

- **pobrania krwi pępowinowej w celu przechowywania w banku komórek macierzystych**

Jednocześnie **oświadczam**, że zostałam poinformowana o rodzaju zabiegu oraz o tym, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na pobranie krwi pępowinowej. Oświadczam, że w zgodzie z moim sumieniem i posiadaną wiedzą podane wyżej informacje o przebytych chorobach i obecnym stanie zdrowia są prawdziwe i dokładne. Rozumiem, że mają one na celu zapewnienie bezpieczeństwa biorcy w przypadku przeszczepienia preparatu.

Zobowiązanie:

W przypadku zmiany powyższych informacji, które nastąpiły w dniach pomiędzy datą wypełnienia niniejszego kwestionariusza a datą porodu lub w ciągu 48 godzin po porodzie, **zobowiązuję się** zawiadomić o tych zmianach Progenis.

Data	Podpis Matki
------------	--------------------

Informujemy, że podane w ankiecie dane osobowe zostaną umieszczone w zbiorze danych osobowych, którego administratorem jest Progenis.

Na podstawie Art. 32 Ustawy o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2014 r. poz. 1182) przysługuje Pani prawo do uzyskania informacji dotyczących zbioru danych osobowych oraz kontroli w zakresie przetwarzania danych osobowych.

Potwierdzam, że zapoznałam się z powyższą informacją.
Data
Podpis Matki

Wypełnia Progenis
Data
Podpis lekarza kwalifikującego

Załącznik nr 4 - DO UMOWY O ŚWIADCZENIE USŁUGI PROFILAKTYCZNO- TERAPEUTYCZNEJ W ZAKRESIE PREPARATYKI I PRZECHOWYWANIA KOMÓREK MACIERZYSTYCH Z KRWI PĘPOWINOWEJ**ANKIETA DLA RODZICÓW****Bardzo dziękujemy za skorzystanie z usług Banku Komórek Macierzystych PROGENIS.****Prosimy o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania.****1. Skąd dowiedzieli się Państwo o Banku Komórek Macierzystych PROGENIS?**

(Prosimy zaznaczyć znakiem "x" wybraną odpowiedź)

- Internet
- Ulotka
- rodzina, znajomi
- Lekarz (imię i nazwisko lekarza:)
- Położna (imię i nazwisko położnej:)
- Szkoła Rodzenia
- Inne źródło, jakie.....

2. Co skłoniło Państwa do podpisania z PROGENIS umowy?

(Prosimy zaznaczyć znakiem "x" wybraną odpowiedź)

- Wieloletnie doświadczenie PROGENIS w zakresie świadczonych usług
- Współpraca z dwoma renomowanymi ośrodkami przeszczepowymi w Warszawie i Krakowie
- Zapewnienie ciągłości umowy – porozumienie z Uniwersyteckim Szpitalem Dziecięcym
- umowa – dogodne warunki współpracy
- cena
- opinia lekarza
- opinia położnej
- opinia znajomych, rodziny
- informacje zawarte w materiałach informacyjnych lub na stronie internetowej
- profesjonalna obsługa ze strony pracowników PROGENIS

3. Jak oceniają Państwo jakość obsługi i kompetencje naszych pracowników?

- Bardzo dobrze
- Dobrze
- Średnio
- Słabo
- Bardzo słabo

4. Jak oceniają Państwo materiały informacyjne PROGENIS?

- Bardzo dobrze
- Dobrze
- Średnio
- Słabo
- Bardzo słabo

5. Jak oceniają Państwo stronę internetową PROGENIS?

- Bardzo dobrze
- Dobrze
- Średnio
- Słabo
- Bardzo słabo

6. Czy mają Państwo jakiegokolwiek sugestie dotyczące działalności lub oferty PROGENIS? Jeśli tak, prosimy o ich podanie.

.....

.....

Dziękujemy za poświęcony czas i udzielone odpowiedzi!

Oświadczenia o żądaniu rozpoczęcia świadczenia usługi przed terminem do odstąpienia od umowy.

Ja niniejszym oświadczam, że żądam od PROGENIS Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, ul. Wilcza 50/52, 00-679 Warszawa, rozpoczęcia świadczenia usługi objętej Umową o świadczenie usługi profilaktyczno-terapeutycznej w zakresie preparatyki i przechowywania komórek macierzystych z krwi pępowinowej, zwanej dalej Umową, przed 14 dniowym terminem przysługującego nam prawa do odstąpienia od umowy.

Jednocześnie oświadczam, że zostaliśmy poinformowani przez PROGENIS Sp. z o.o. o treści art. 35 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta (Dz.U. z 2014 r. poz. 827), zgodnie z którą zobowiązani jesteśmy do zapłaty za świadczenie spełnione do chwili odstąpienia od Umowy, a kwota zapłaty obliczona zostanie proporcjonalnie do zakresu spełnionego świadczenia, z uwzględnieniem uzgodnionego w umowie wynagrodzenia.

.....

czytelny podpis Matki

.....

czytelny podpis Ojca