**ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ**

(σύμφωνα με τα άρθρα 6 § 1(α) και 9 § 2(α) του Κανονισμού 2016/679/ΕΕ)

Ο/Η κάτωθι υπογράφων/ουσα δηλώνω ότι:

1. Έχω διαβάσει και κατανοήσει πλήρως το έντυπο «**Ενημέρωση για την Επεξεργασία Προσωπικών Δεδομένων**», που μου παρασχέθηκε, και του οποίου αντίγραφο είναι επίσης αναρτημένο στην ιστοσελίδα (<http://www.lymberopoulos-lab.gr/>) της εταιρείας με την επωνυμία «**ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΣΠΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ Γ.ΛΥΜΠΕΡΟΠΟΥΛΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗ ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΕΡΙΩΡΙΣΜΕΝΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ**» (εφεξής η «**Εταιρεία**»).
2. Έχω ενημερωθεί πλήρως από την Εταιρεία για την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων, και ειδικότερα για: την ταυτότητα και τα στοιχεία επικοινωνίας του υπευθύνου επεξεργασίας, τους τρόπους επεξεργασίας, τις κατηγορίες προσωπικών δεδομένων που τίθενται υπό επεξεργασία, τους σκοπούς επεξεργασίας, τις νομικές βάσεις επεξεργασίας, τις κατηγορίες αποδεκτών των δεδομένων, τους τυχόν εκτελούντες την επεξεργασία, τα δικαιώματά μου σε σχέση με τα προσωπικά μου δεδομένα, το χρόνο διατήρησης, τη διαβίβαση των δεδομένων, τα στοιχεία του υπεύθυνου προστασίας των δεδομένων, καθώς και τα στοιχεία της αρμόδιας εποπτικής αρχής.
3. Μου δόθηκε η δυνατότητα να υποβάλλω ερωτήσεις και μου δόθηκαν απαντήσεις και πληροφορίες σε όλες μου τις ερωτήσεις. Είχα αρκετό χρόνο να πάρω την απόφασή μου, χωρίς να μου ασκηθεί οιαδήποτε πίεση.
4. **Συναινώ ελεύθερα και ανεπιφύλακτα όπως η Εταιρεία ή/και τρίτοι που ενεργούν κατ’ εντολή και για λογαριασμό της, επεξεργάζονται δεδομένα που αφορούν την υγεία μου, γενετικά δεδομένα καθώς και δεδομένα που αφορούν τη σεξουαλική μου ζωή για τον παρακάτω σκοπό:**

* Την εκτέλεση ιατρικών πράξεων, εργαστηριακών εξετάσεων και άλλων διαγνωστικών διαδικασιών για τη διάγνωση, θεραπεία, υγειονομική φροντίδα και ιατρική εκτίμηση της ανδρικής μου γονιμότητας.

1. Συναινώ ελεύθερα και ανεπιφύλακτα στην καταχώριση, αποθήκευση και διατήρηση των προσωπικών δεδομένων μου στην πλατφόρμα DeHealth και τη λήψη όλων των αποτελεσμάτων μέσω αυτής και δηλώνω ότι επιθυμώ να λάβω μοναδικό κωδικό για την πρόσβαση σε αυτή. Για σκοπούς ανάκτησης του εν λόγω μοναδικού κωδικού, στην περίπτωση τυχόν απώλειάς τους, δηλώνω ότι επιθυμώ να λάβω νέο μοναδικό κωδικό στην ηλεκτρονική διεύθυνση …………………………………………………………………… Η ηλεκτρονική διεύθυνση αυτή ανήκει σ… …………………………………….. και δηλώνω ότι επιθυμώ κάθε επικοινωνία να γίνεται σε αυτή.
2. Γνωρίζω ότι διατηρώ το δικαίωμα να ανακαλέσω τη συγκατάθεσή μου ανά πάσα στιγμή, χωρίς να έχω υποχρέωση να εξηγήσω τους λόγους και χωρίς κανένα κόστος. Μπορώ να ανακαλέσω τη συγκατάθεσή μου υποβάλλοντας σχετικό έγγραφο στην Εταιρεία ή αποστέλλοντας σχετικό μήνυμα ηλεκτρονικού ταχυδρομείου ή και μέσω συμβατικού ταχυδρομείου στα κάτωθι στοιχεία επικοινωνίας:

«**ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΣΠΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ**

**Γ.ΛΥΜΠΕΡΟΠΟΥΛΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗ ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΕΡΙΩΡΙΣΜΕΝΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ»**

Λ. Κηφισίας 46, Τ.Κ. 115 26, Αμπελόκηποι

Αθήνα

Τηλ. 210-6452172 – 210-6400626.

Ε-mail: [info@lymberopoulos-lab.gr](mailto:info@lymberopoulos-lab.gr)

1. Εξουσιοδοτω τον/την..................................................................του

**…………………………..** με Α.Δ.Τ. ή αρ. διαβατηρίου **…………………………………….**

όπως αντ’ εμού και για λογαριασμό μου παραλάβει από την Εταιρεία τα αποτελέσματα των ιατρικών μου εξετάσεων. Επιπλέον, αναγνωρίζω ότι η Εταιρεία δεν φέρει ουδεμία ευθύνη για τυχόν απώλεια, καταστροφή ή μη εξουσιοδοτημένη χρήση των ως άνω ιατρικών αποτελεσμάτων αφ’ ής στιγμής αυτά παραδόθηκαν στο ως άνω εξουσιοδοτούμενο από εμένα πρόσωπο.

1. Εξουσιοδοτώ δια της παρούσης τον/την **……………………........................................**

του **………………………….** με Α.Δ.Τ. **……………………..,** όπως αντ’ εμού και για λογαριασμό μου προσκομίσει στην ως άνω εταιρεία ποσότητα βιολογικού δείγματος (δείγμα σπέρματος), το οποίο κατά την αποκλειστική μου ευθύνη δηλώνω ότι ανήκει σε εμένα, με σκοπό τη διενέργεια των απαραίτητων ιατρικών εξετάσεων για την αξιολόγηση της γονιμοποιητικής μου ικανότητας. Επιπλέον, δια της παρούσης δηλώνω ότι αναλαμβάνω την πλήρη ευθύνη σε περίπτωση που τυχόν παραδοθεί στην ως άνω εταιρεία βιολογικό δείγμα που δεν μου ανήκει. Τέλος, αναγνωρίζω ότι η ως άνω εταιρεία δεν φέρει ουδεμία ευθύνη για την εξακρίβωση της ταυτότητας του προσώπου στο οποίο ανήκει το προσκομιζόμενο βιολογικό δείγμα.

Αθήνα, ..../..../20....

Υπογραφή:

Ονοματεπώνυμο: