**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. 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.
2. 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 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ**» (εφεξής η «**Εταιρεία**»).
3. 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.
4. 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.
5. **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 **lymperopoulos.mediapp** και τη λήψη όλων των αποτελεσμάτων μέσω αυτής και δηλώνω ότι επιθυμώ να λάβω μοναδικό κωδικό για την πρόσβαση **στην ηλεκτρονική διεύθυνση η οποία θα δηλωθεί από εμένα κατωτέρω**. Για σκοπούς ανάκτησης του εν λόγω μοναδικού κωδικού, στην περίπτωση τυχόν απώλειάς τους, δηλώνω ότι επιθυμώ να λάβω νέο μοναδικό κωδικό στην κάτωθι ηλεκτρονική διεύθυνση.
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 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ»**

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

Αθήνα

Τηλ. 210-6452172 – 210-6400626.

Ε-mail: info@lymberopoulos-lab.gr

**7.** **Ενναλακτικοί τρόποι αποστολής αποτελεσμάτων**

**Α) ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΜΕ EMAIL**

Συναινώ στην αποστολή των αποτελεσμάτων των ιατρικών μου εξετάσεων στο κάτωθι δηλωθέν e-mail. Γνωρίζω ότι τα αποτελέσματα των εξετάσεών μου περιέχουν προσωπικά δεδομένα και πληροφορίες που αφορούν την υγεία μου, γενετικά δεδομένα και δεδομένα που ενδέχεται να αφορούν τη σεξουαλική μου ζωή. Γνωρίζω ότι η αποστολή των ανωτέρω δεδομένων μου, μέσω e-mail, ενέχει τον κίνδυνο τα δεδομένα αυτά να χαθούν ή να κοινοποιηθούν σε τρίτους ή να καταστούν αντικείμενο υποκλοπής. Παρ΄όλ΄αυτά, επιθυμώ η αποστολή τους σε εμένα να γίνει μέσω e-mail και αναλαμβάνω πλήρως την ευθύνη για οποιαδήποτε απώλεια ή κοινοποίηση των δεδομένων αυτών καθώς και κάθε άλλης πληροφορίας που με αφορά, σε μη εξουσιοδοτημένα τρίτα πρόσωπα. Αναγνωρίζω δε ότι το η Εταιρεία με την επωνυμία «**ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΣΠΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ Γ.ΛΥΜΠΕΡΟΠΟΥΛΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗ ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ**» δεν φέρει ουδεμία ευθύνη για την τυχόν απώλεια, κοινοποίηση των εν λόγω δεδομένων μου σε τρίτους και για οποιαδήποτε ζημία τυχόν υποστώ, καθώς προέβη στην αποστολή των αποτελεσμάτων μέσω e-mail κατόπιν δικής μου εντολής και παρά το γεγονός ότι γνωρίζω πολύ καλά την ύπαρξη των ως άνω κινδύνων.

**Β) ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΜΕ EMAIL ΣΕ ΙΑΤΡΟ**

Δίδω εντολή στην εταιρεία με την επωνυμία «ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΣΠΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ Γ.ΛΥΜΠΕΡΟΠΟΥΛΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗ ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ» όπως αυτή διαβιβάσει στον επιβλέποντα ιατρό μου

 ...................................................................................................................................................., τα αποτελέσματα των ιατρικών μου εξετάσεων.

Επιπλέον, αναγνωρίζω ότι η ως άνω εταιρεία δεν φέρει ουδεμία ευθύνη για τυχόν απώλεια, μη εξουσιοδοτημένη χρήση, πρόσβαση, ή γνώση των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων που περιέχονται στα ως άνω ιατρικά αποτελέσματα".

**Γ) ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΑΠΟ ΤΡΙΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ**

Εξουσιοδοτώ 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 ουδεμία ευθύνη φέρει 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.

**Δ) ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΜΕ COURIER**

Συναινώ στην αποστολή των αποτελεσμάτων των ιατρικών μου εξετάσεων μέσω εταιρείας ταχυμεταφορών (με δικό μου κόστος). Γνωρίζω ότι τα αποτελέσματα των εξετάσεών μου περιέχουν προσωπικά δεδομένα και πληροφορίες που αφορούν την υγεία μου, γενετικά δεδομένα και δεδομένα που ενδέχεται να αφορούν τη σεξουαλική μου ζωή. Γνωρίζω ότι η αποστολή των ανωτέρω δεδομένων μου, μέσω εταιρίας ταχυμεταφορών, ενέχει τον κίνδυνο τα δεδομένα αυτά να χαθούν ή να κοινοποιηθούν σε τρίτους. Παρ΄όλ΄αυτά, επιθυμώ η αποστολή τους σε εμένα να γίνει μέσω εταιρίας ταχυμεταφορών και αναλαμβάνω πλήρως την ευθύνη για οποιαδήποτε απώλεια ή κοινοποίηση των δεδομένων αυτών καθώς και κάθε άλλης πληροφορίας που με αφορά, σε μη εξουσιοδοτημένα τρίτα πρόσωπα. Αναγνωρίζω δε ότι το η Εταιρεία με την επωνυμία «ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΣΠΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ Γ.ΛΥΜΠΕΡΟΠΟΥΛΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗ ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΕΡΙΩΡΙΣΜΕΝΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ» ουδεμία ευθύνη φέρει για την τυχόν απώλεια, κοινοποίηση των εν λόγω δεδομένων μου σε τρίτους και για οποιαδήποτε ζημία τυχόν υποστώ, καθώς προέβη στην αποστολή των αποτελεσμάτων μου μέσω εταιρίας ταχυμεταφορών κατόπιν δικής μου εντολής και παρά το γεγονός ότι γνωρίζω πολύ καλά την ύπαρξη των ως άνω κινδύνων.

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ**

**ID**

**email επικοινωνίας .........**

**Η ηλεκτρονική διεύθυνση αυτή ανήκει στον/στην........**

**και δηλώνω ότι**

 **Eπιθυμώ κάθε επικοινωνία να γίνεται σε αυτή την διεύθυνση**

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΕΤΑΖΟΜΕΝΟΥ**

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ.....**

**ΟΝΟΜΑ......**

**ΕΠΙΘΕΤΟ......**

**Α.Δ.Τ.....**

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ**