

UMOWA nr: _____ PL _____ na usługę profilaktyczno - terapeutyczną polegającą na kwalifikacji i preparatyce krwi pępowinowej oraz przechowywaniu komórek macierzystych.

zawarta w dniu _____ w _____
pomiędzy:

1. **Polskim Bankiem Komórek Macierzystych S.A. z siedzibą przy ul. Grzybowskiej 2/41, 00-131 w Warszawie**, wpisanym do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy XII Wydział Gospodarczy, pod numerem KRS 0000166106, Regon:017452559; NIP: 525-22-39-973; Kapitał Zakładowy 2 396 700 PLN, reprezentowanym przez:

Jakuba Barana - Wiceprezesa Zarządu,
zwanym dalej **PBKM**
a

(SZARE POLA WYPELNIAJĄ RODZICE DRUKOWANYMI LITERAMI)

Matka:

Imię i nazwisko

Adres zameldowania: ulica, nr domu, nr mieszkania

kod pocztowy, miejscowość

PESEL

Seria i numer dowodu osobistego

nr telefonu komórkowego

e-mail

Ojciec:

Imię i nazwisko

Adres zameldowania: ulica, nr domu, nr mieszkania

kod pocztowy, miejscowość

PESEL

Seria i numer dowodu osobistego

nr telefonu komórkowego

e-mail

Adres do korespondencji:

_____	_____	_____	_____
ulica, nr domu, nr mieszkania	kod pocztowy	miasto	województwo

łącznie zwanymi Stronami,
na mocy której Strony zgodnie postanowiły co następuje:

Umowa zostaje zawarta w ofercie:

(zaznacz znakiem „X” właściwą opcję w tabeli)

Typ oferty w zależności od sposobu przechowywania komórek macierzystych z krwi pępowinowej	Komórki przechowywane w Jednej Kasecie	Komórki przechowywane w Dwóch Kasetach (nie dotyczy ciąży bliźniaczej)
Kaseta Standard (01PL)		
Kaseta Plus (61PL)		

Proszę zaznaczyć **tylko jedną opcję**

Ciąża bliźniacza	Kolejne bankowanie komórek macierzystych z krwi pępowinowej

Proszę zaznaczyć **zgodnie ze stanem faktycznym**

§ 1 Termin i miejsce porodu

1. Rodzice zgodnie oświadczają, że przewidywany termin narodzin Dziecka wyznaczony jest na **rok / miesiąc / dzień**: _____

2. Planowanym miejscem porodu jest zakład opieki zdrowotnej - szpital/klinika:

_____	_____
(nazwa szpitala/kliniki)	(miejscowość/ulica)

3. Lekarzem prowadzącym ciążę jest:

(imię, nazwisko lekarza, miejscowość prowadzenia praktyki)

4. Szkoła Rodzenia:

_____	_____
(imię, nazwisko osoby prowadzącej zajęcia w Szkole Rodzenia)	(nazwa Szkoły Rodzenia oraz jej adres)

5. Rodzice zobowiązują się powiadomić PBKM o przeprowadzonym porodzie niezwłocznie po jego zakończeniu drogą telefoniczną pod całodobowy specjalny numer telefonu PBKM **+48 606-657-098**.

§ 2 Postanowienia ogólne

- Umowa określa warunki usługi profilaktyczno - terapeutycznej polegającej na pobraniu, preparatyce, kwalifikacji Krwi pępowinowej i przechowywaniu komórek macierzystych, oraz prawa i obowiązki Stron z tego tytułu.
- Ilekość w Umowie jest mowa o:
 - Dziecku** – należy przez to rozumieć osobę, od której po urodzeniu i odpepnięciu pobierana jest płodowa Krew pępowinowa
 - Rodzicu** – należy przez to rozumieć matkę lub ojca Dziecka, będących jego przedstawicielami ustawowymi, uprawnionych do sprawowania władzy rodzicielskiej nad Dzieckiem do chwili osiągnięcia przez nie pełnoletności, którzy nie są pozbawieni prawa do wykonywania tej władzy rodzicielskiej na mocy orzeczenia właściwego sądu.
 - Krwi pępowinowej** – należy przez to rozumieć krew płodu, pobieraną podczas porodu z łożyska przez nakłucie pępowiny.
 - Komórkach macierzystych** – należy przez to rozumieć komórki wyizolowane z Krwi pępowinowej służące do wykorzystania na cele terapeutyczne.
 - Dysponencie** – należy przez to rozumieć Dziecko od chwili uzyskania pełnoletności, Rodzica/Rodziców lub inne osoby będące przedstawicielami ustawowymi Dziecka, uprawnione na podstawie przepisów prawa do wykonywania władzy rodzicielskiej nad Dzieckiem do chwili uzyskania przez Dziecko pełnoletności oraz po uzyskaniu przez Dziecko pełnoletności, w przypadku jego ubezwłasnowolnienia, a także Rodziców Dziecka pełnoletniego, którzy zgodnie z § 11 ust. 6 Umowy zostali przez Dziecko upoważnieni do dysponowania Komórkami macierzystymi w jego imieniu.
 - Umowie** – należy przez to rozumieć niniejszą umowę na usługę profilaktyczno-terapeutyczną polegającą na kwalifikacji i preparatyce krwi pępowinowej oraz przechowywaniu komórek macierzystych.
 - Radzie Naukowo – Medycznej** – należy przez to rozumieć działające przy PBKM ciało złożone z naukowców i lekarzy specjalistów z dziedziny hematologii, transplantologii, ginekologii i biologii komórki, które pełni funkcję wspierającą i nadzorującą działalność PBKM oraz odpowiada za tworzenie, kontrolowanie procedur pobierania, preparatyki i kriokonserwacji krwi pępowinowej, zgodnie ze światowymi normami, według najwyższych światowych standardów.
 - NZOZ PBKM** - Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Polskiego Banku Komórek Macierzystych - wydzielona organizacyjnie wewnętrzna jednostka PBKM, w skład której wchodzi dwie komórki organizacyjne: medyczne laboratorium diagnostyczne i bank krwi pępowinowej, umiejscowione na terenie Instytutu „Pomnika - Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie. NZOZ PBKM wykonuje czynności medyczne związane z preparatyką, testowaniem, zamrażaniem i przechowywanej pobranej krwi pępowinowej oraz zapewnia transport medyczny krwi pępowinowej po pobraniu lub do oddziału przeszczepiającego.
 - Osobie uprawnionej** – należy przez to rozumieć osobę, której PBKM wyda komórki macierzyste na podstawie dokumentów potwierdzających prawo do dysponowania nimi.
 - Pobraniu nagłym** – należy przez to rozumieć skorzystanie z zestawu pobraniowego znajdującego się na stanie szpitala/kliniki, w której odbywa się poród.
 - Zamrożenie „KASETA PLUS”** – należy przez to rozumieć zamrożenie komórek macierzystych w worku mrożeniowym składającym się z dwóch części.
- Na mocy niniejszej Umowy PBKM zobowiązuje się zlecić pobranie Krwi pępowinowej we wskazanym miejscu porodu oraz poddać ją preparatyce i kwalifikacji, a następnie przechowywać Komórki macierzyste na warunkach określonych w Umowie.
- Rodzice wyrażają zgodę na zlecenie przez PBKM dokonania czynności, o których mowa w § 2 ust. 3 i 5 Umowy wskazanemu przez Rodziców podmiotowi.
- Rodzice wyrażają ponadto zgodę na powierzenie przez PBKM czynności określonych Umową z wyjątkiem czynności przechowania osobom trzecim, które zawodowo w zakresie swojej działalności wykonują takie czynności.
- Rodzice oświadczają, że zawierają niniejszą umowę ze względów profilaktyki zdrowotnej i traktują usługi świadczone przez PBKM jako profilaktyczno-terapeutyczne i stanowiące usługę pomocniczą w stosunku do usługi medycznej ratowania zdrowia lub życia według potrzeb wskazanego przez Rodziców/Dysponenta biory.
- Rodzice przez czas trwania Umowy zobowiązują się do informowania PBKM o ewentualnych poważniejszych chorobach Dziecka na piśmie w formie informacji własnej lub przekazania kopii historii choroby lub kopii wpisu /wypisu szpitalnego. Po osiągnięciu przez Dziecko pełnoletności do przekazywania tej informacji zobowiązany będzie Dysponent komórek.

§ 3 Pobranie Krwi pępowinowej

- Pobranie Krwi pępowinowej nastąpi w miejscu porodu określonym w § 1 ust. 2 Umowy.
- Jeżeli miejscem porodu jest szpital/klinika, z którym PBKM ma zawartą odrębną umowę o pobranie krwi pępowinowej, czynność pobrania będzie dokonana w ramach tej odrębnej umowy przez wykwalifikowany personel medyczny uprzednio przeszkolony przez PBKM w zakresie pobierania krwi pępowinowej.
- Jeżeli miejscem porodu jest szpital/klinika, z którą PBKM nie ma zawartej odrębnej umowy o pobranie krwi pępowinowej, PBKM zobowiązuje się powierzyć wykwalifikowanej położnej lub lekarzowi zatrudnionemu lub wykonującym praktykę w tym szpitalu/klinice, pobranie Krwi pępowinowej.
- Pobranie Krwi pępowinowej przez wykwalifikowany personel medyczny zostanie wykonane zgodnie z obowiązującą w PBKM procedurą pobrania i istniejącym w tym zakresie standardem opracowanym przez Radę Naukowo-Medyczną.
- Krew pępowinowa będzie pobrana do przeznaczanego specjalnie na ten cel zestawu, dostarczonego Rodzicom przez PBKM zgodnie z § 14 ust. 5 poniżej.
- Ostateczną decyzję o pobraniu Krwi pępowinowej podejmuje lekarz prowadzący poród wspólnie z osobą upoważnioną do pobrania na podstawie § 3 ust. 2 lub 3 Umowy, przy uwzględnieniu warunków przebiegu porodu i stanu ogólnego Dziecka przed odpepnięciem.
- W dniu porodu oprócz Krwi pępowinowej Dziecka zostanie pobrana także krew matki Dziecka w ilości około 9 ml. Pobrana krew matki Dziecka jest dołączana do zestawu zawierającego Krew pępowinową.
- Pobranie krwi matki dokonywane jest ze względu na potrzebę wykonania profilaktycznych badań medycznych, o których mowa w § 3 ust 9 poniżej, które to wyniki mają znaczenie dla postawienia diagnozy lekarskiej odnośnie stanu zdrowia Matki i Dziecka i określenia możliwości przeszczepowych pobranej krwi pępowinowej.
- Matka Dziecka niniejszym wyraża zgodę na pobranie jej krwi oraz na poddanie tej krwi badaniom na HBs-Ag, Anty-HBc, Anty-HCV, Anty-HIV 1, 2, Test kiłowy, Anty-CMV IgM. Matka Dziecka, w związku z charakterem niniejszej Umowy, upoważnia Ojca Dziecka do odbierania, przeglądania, zapoznawania się z wynikami badań z jej krwi.
- Osoba, która dokonuje pobrania krwi pępowinowej zgodnie z § 3 ust. 2 lub 3 Umowy sporządza protokół z pobrania, który załącza do zestawu. Na protokole pobrania będą zamieszczone następujące informacje: imię i nazwisko matki, numer PESEL matki, data pobrania, pieczęć szpitala/kliniki, w którym pobranie nastąpiło, podpis osoby dokonującej pobrania. Po zakończeniu czynności pobrania Krwi pępowinowej osoba dokonująca pobrania przygotowuje do transportu zestaw zawierający Krew pępowinową i krew matki Dziecka, o czym informuje PBKM drogą telefoniczną pod całonumery specjalny numer telefonu PBKM, a następnie nadaje zestaw do przewozu zgodnie z dyspozycją PBKM. Kwestie przetwarzania danych osobowych regulują zapisy § 13 ust 4 i 5 niniejszej Umowy.

§ 4 Transport

- PBKМ zapewni wykonanie transportu zestawu do pobrania Krwi pępowinowej przez profesjonalną firmę kurierską lub przy wykorzystaniu własnych środków transportu.
- Szczegółowe warunki transportu określa odrębna umowa zawarta pomiędzy NZOZ PBKM a firmą kurierską zajmującą się zawodowo transportem przesyłek, w tym przesyłek medycznych.
- Podczas transportu opakowanie zestawu będzie oznaczone odpowiednio do specyfiki zawartości przesyłki.

§ 5 Badania i preparatyka

- Przesyłka zawierająca zestaw z pobraną Krwią pępowinową i krwią matki Dziecka jest dostarczana do NZOZ - PBKM, w celu poddania krwi pępowinowej właściwej preparatyce i badaniem w kierunku określenia objętości krwi i jej morfologii, żywności komórek, liczby CD34⁺, liczby CD45⁺, grupy krwi i czynnika Rh, zakażeń bakteriologicznych i grzybiczych.
- Laboratorium PBKM przeprowadza niezbędne badania i dokonuje preparatyki z zachowaniem wszystkich obowiązujących w tym zakresie przepisów prawa, norm laboratoryjnych i standardu opracowanego przez Radę Naukowo-Medyczną.
- Wszystkie przeprowadzone badania krwi matki i dziecka mają na celu sprawdzenie stanu zdrowia matki i dziecka oraz określenie jakości medycznej krwi pępowinowej pod kątem dokonania w przyszłości przeszczepienia.
- Wyniki badań i preparatyki są zamieszczane w protokole badań sporządzonym według wzoru opracowanego przez Radę Naukowo – Medyczną.
- Po zakończeniu preparatyki Komórki macierzyste podlegają zamrożeniu w NZOZ PBKM z zachowaniem standardu opracowanego przez Radę Naukowo – Medyczną.
- PBKМ rekomenduje ponowne przeprowadzenie badań wirusologicznych:
 - HBs – Ag,
 - Anty – HCV,
 - Anty – HIV 1, 2,
 - testu kiłowego,
 - Anty – HBc,
 z krwi matki 3 miesiące po porodzie Dziecka. W przypadku pozytywnego wyniku, prosimy o przesłanie tych badań do PBKM w terminie 14 dni od daty otrzymania wyników.

§ 6 Kwalifikacja do przechowania

- Na podstawie przeprowadzonych wyników badań, NZOZ PBKM poddaje Komórki macierzyste kwalifikacji do przechowania według kryteriów określonych przez Radę Naukowo – Medyczną.
- Zwazwszy, że stopień czystości oraz inne elementy składowe Krwi pępowinowej są uwarunkowane czynnikami naturalnymi, na które ani PBKM, ani działająca na jego zlecenie osoba pobierająca Krew pępowinową nie mają wpływu, PBKM nie może zagwarantować, że Komórki macierzyste spełnią wszystkie kryteria kwalifikacji, określone zgodnie z § 6 ust. 1 Umowy.
- Jeżeli w wyniku wstępnej kwalifikacji dokonanej przez NZOZ PBKM na podstawie określonych przez Radę Naukowo - Medyczną kryteriów ilościowych pobranej Krwi pępowinowej – krew ta z uwagi na zbyt małą objętość nie może zostać poddana preparatyce, (wymagana minimalna objętość pobranej krwi to 20 ml) podlega ona zniszczeniu z zachowaniem procedury obowiązującej w PBKM. PBKM nie ponosi odpowiedzialności za zniszczenie krwi, której zbyt mała objętość wyłącza poddanie jej preparatyce.
- Z uwagi na fakt, iż ilość pobranej krwi pępowinowej zależy od indywidualnych czynników fizjologicznych takich jak: grubość, długość oraz unaczynienie pępowiny, a także od szybkości zasklepienia się naczyń krwionośnych i od przebiegu porodu, PBKM nie ponosi odpowiedzialności za objętość pobranej krwi.
- Jeżeli w wyniku kwalifikacji dokonanej przez NZOZ PBKM na podstawie kryteriów określonych przez Radę Naukowo – Medyczną innych niż kryteria ilościowe pobranej Krwi pępowinowej i kryteria określone w § 6 ust. 8 Umowy, PBKM stwierdzi zanieczyszczenie pobranej krwi pępowinowej wyzwa Rodziców do złożenia pisemnego oświadczenia woli obejmującego zgodę na:
 - przechowanie Komórek macierzystych pomimo niespełnienia przez nie wszystkich kryteriów kwalifikacji, lub
 - skierowanie matki na konsultację medyczną, bądź
 - zaniechanie przechowania Komórek macierzystych.

- W przypadku, gdy zachodzi konieczność poddania matki Dziecka konsultacjom lekarskim w związku z dodatnim lub wątpliwym wynikiem badań wirusologicznych, PBKM powiadamia Rodziców o tych okolicznościach na piśmie w terminie 14 dni od dnia otrzymania wyników badań. Rodzice zobowiązują się do powtórzenia dodatniego/wątpliwego wyniku badania metodą genetyczną HBV DNA i/lub HCV RNA. Niezwłocznie po wykonaniu badania, jednak nie później niż w terminie 2 miesięcy od daty otrzymania wyników, Rodzice zobowiązują się odesłać powtórzony wynik do PBKM. Ujemny wynik powtózonego badania upoważnia PBKM do kontynuowania Umowy. W przypadku potwierdzenia wyniku dodatniego, Rodzice zobowiązują się w terminie 2 miesięcy od daty odebrania powtórzonych wyników przez Matkę odesłać do PBKM wynik badania na obecność wirusa u dziecka. Ujemny wynik badania na obecność wirusa u dziecka upoważnia PBKM do kontynuowania umowy; w przypadku wyniku dodatniego umowa jest rozwiązywana, a krew niszczona zgodnie z procedurami. Dotrzymanie terminów odsyłania wyników badań jest warunkiem otrzymania przez Rodziców zwrotu opłaty podstawowej. W przypadku odesłania wyników badań, w następstwie których umowa ulega rozwiązaniu, później niż 4 miesiące od otrzymania wyników wysłanych przez PBKM, zwrot opłaty podstawowej nie będzie przyznany, a rozwiązanie Umowy będzie traktowane jak za wypowiedzeniem na warunkach opisanych w § 9 ust 2 Umowy.
- Jeżeli w terminie 30 dni od daty doręczenia Rodzicom pisma, o którym mowa w § 6 ust. 5 Umowy, Rodzice nie złożą na piśmie oświadczenia woli obejmującego zgodę na czynności określone w § 6 ust. 5 pkt. a – c będzie to jednoznaczne z wyrażeniem przez nich zgody na dalsze przechowywanie krwi. W razie uchybienia przez Rodziców 30-dniowemu terminowi wskazanemu w zdaniu 1 i odesłaniu oświadczenia o zaniechaniu przechowywania komórek po tym terminie, PBKM obciąży Rodziców opłatami za przechowanie proporcjonalnie do faktycznego okresu przechowania, a zwrot opłaty podstawowej, o którym mowa w § 8 ust. 7 nie będzie miał zastosowania. Oświadczenie o zaniechaniu przechowywania komórek macierzystych odesłane z ponad 6 miesięcznym opóźnieniem będzie traktowane jako wypowiedzenie Umowy na warunkach opisanych w § 9 ust 2 Umowy.
- W przypadku, gdy badanie Krwi pepowinowej wykazuje wynik dodatni w kierunku zakażenia bakteriolologicznego kiłą lub wirusem HIV, PBKM odmówi przyjęcia jej na przechowanie. Rodzice będą o tym niezwłocznie powiadomieni w sposób właściwy dla powiadamiania osób zakażonych wirusem HIV.
- Jeżeli nie zachodzi konieczność powiadamiania Rodziców zgodnie z § 6 ust. 5 i 6 Umowy, PBKM informuje Rodziców na piśmie o wynikach ostatecznej kwalifikacji Komórek macierzystych do przechowania w terminie 6 tygodni licząc od dnia porodu.
- Niezbędnym warunkiem poinformowania Rodziców o wynikach ostatecznej kwalifikacji Komórek macierzystych do przechowania jest uiszczenie przez Rodziców opłaty wstępnej, opłaty podstawowej oraz dostarczenie PBKM podpisanego egzemplarza niniejszej Umowy.
- W sytuacji jeżeli wyniki ostatecznej kwalifikacji krwi odbiegają od standardu opracowanego przez Radę Naukowo – Medyczną, niezbędnym warunkiem poinformowania Rodziców o wynikach ostatecznej kwalifikacji Komórek macierzystych do przechowywania jest uiszczenie przez Rodziców opłaty wstępnej oraz dostarczenie PBKM podpisanego egzemplarza niniejszej umowy.

§ 7 Przechowanie

- Usługa świadczona przez NZOZ PBKM ma charakter ciągły i polega na przechowywaniu komórek macierzystych w poszczególnych latach w okresie, na jaki została zawarta Umowa. Usługa rozliczana jest w okresach rozliczeniowych na zasadach określonych w § 8
- Rodzice Dziecka mogą z góry pokryć koszty świadczenia usługi w kolejnych latach, w których wykonywana jest usługa, na zasadach określonych w § 8 ust 15-16. W związku z dokonaniem opłaty z góry za okres 5,10 lub 18 lat, Rodzice Dziecka mogą uzyskać rabat w cenie usługi za poszczególne lata, w których wykonywana jest usługa, kwoty rabatów określają odpowiednie tabele.
- Komórki macierzyste zakwalifikowane do przechowania przez NZOZ PBKM oraz Komórki macierzyste, co do których Rodzice złożyli oświadczenie o ich przechowaniu pomimo niespełnienia przez nie wszystkich kryteriów kwalifikacji, są przechowywane w przystosowanych na ten cel pojemnikach, spełniających obowiązujące w tym zakresie standardy, przez NZOZ PBKM.
- Na potwierdzenie przyjęcia Komórek macierzystych na przechowanie PBKM wydaje Rodzicom certyfikat przechowania sporządzony według wzoru opracowanego przez Radę Naukowo – Medyczną.
- W przypadku utraty przez Rodziców oryginału certyfikatu przechowania, PBKM na pisemną prośbę Rodziców, umotywowaną powodami wystąpienia o wydanie duplikatu, wystawi duplikat certyfikatu i prześle na wskazany przez Rodziców adres.
- Przy przechowywaniu Komórek macierzystych NZOZ PBKM zapewni zachowanie wszelkich wymogów i norm wynikających z obowiązujących w tym zakresie przepisów prawa oraz norm objętych standardem przechowania opracowanym przez Radę Naukowo – Medyczną.

§ 8 Wynagrodzenie PBKM

- Z tytułu zawarcia i wykonywania Umowy Rodzice Dziecka zobowiązują się uiszczać na rzecz PBKM opłaty określone w § 8 Umowy. W przypadku, gdy pomiędzy Rodzicami dziecka solidarna odpowiedzialność za zaciągnięte zobowiązania nie wynika z ustawy, Rodzice oświadczają, iż za zobowiązania wynikające z niniejszej umowy ponosić będą odpowiedzialność solidarną.
- Z tytułu zawarcia i wykonywania Umowy Rodzice/ lub inni przedstawiciele ustawowi Dziecka zobowiązują się uiszczać na rzecz PBKM następujące opłaty:
 - opłatę wstępną, która pokrywa koszt zestawu do pobrania Krwi pepowinowej, koszt jej pobrania, transportu do miejsca przechowania i przygotowania do preparatyki.
 - opłatę podstawową, która pokrywa koszty badań, preparatyki Krwi pepowinowej oraz zamrożenia Komórek macierzystych.
 - opłatę okresową za przechowanie Komórek macierzystych, która pokrywa koszty przechowania Komórek macierzystych w wybranych okresach wykonywania usługi.
- Opłaty; wstępna, podstawowa i okresowa za przechowanie z tytułu pobrania i przechowywania Krwi pepowinowej określa odpowiednia tabela opłat stanowiąca integralną część niniejszej Umowy zgodna z wybranym wariantem:
 - Ciąża pojedyncza – jedna kasetka w ofercie KASETA STANDARD / jedna kasetka w ofercie KASETA PLUS.
 - Ciąża bliźniacza – po jednej kasecie dla każdego Dziecka w ofercie KASETA STANDARD / po jednej kasecie dla każdego Dziecka w ofercie KASETA PLUS.

Opłata wstępna

- Opłata wstępna jest uiszczana najpóźniej w dniu podpisania Umowy.
- Opłata wstępna podlega zwrotowi w przypadku odstąpienia Rodziców od Umowy przed przystąpieniem do czynności pobrania krwi pepowinowej oraz w przypadku, gdy do pobrania Krwi pepowinowej nie dojdzie z przyczyn, za które odpowiedzialność ponosi PBKM, albo osoby, którym PBKM powierzył wykonanie czynności pobrania Krwi pepowinowej. Warunkiem zwrócenia Rodzicom opłaty wstępnej, jest dostarczenie przez nich do PBKM, niewykorzystanego zestawu pobraniowego.

Opłata podstawowa

- Opłata podstawowa jest uiszczana w terminie 14 (czternastu) dni od daty porodu na podstawie zawartej Umowy, w wysokości określonej niniejszą Umową. PBKM w ciągu 14 dni od daty porodu wystawi i wyśle na adres Rodziców fakturę VAT na kwotę opłaty podstawowej wynikającą z treści Umowy. Brak otrzymania faktury nie wstrzymuje obowiązku terminowej zapłaty opłaty podstawowej. Rodzice są zobowiązani powiadomić PBKM o braku otrzymania faktury na kwotę opłaty podstawowej w terminie ponad 14 dni od daty porodu.
- W przypadku rozłożenia płatności na raty, brak zapłaty drugiej kolejnej raty w terminie określonym na fakturze, skutkować będzie wymagalnością całości opłaty podstawowej.
- Opłata podstawowa podlega zwrotowi w całości w przypadku, gdy w wyniku przeprowadzonych badań Krew pepowinowa nie została zakwalifikowana do przechowania stosownie do § 6 ust. 3, 5 i 8 Umowy i Rodzice/ przedstawiciele ustawowi Dziecka nie wyrazili zgody na kontynuowanie Umowy lub rozwiązali Umowę na warunkach opisanych w § 6 ust 6 i 7 Umowy. Zwrot opłaty następuje w terminie 14 dni od dnia otrzymania przez PBKM oświadczenia Rodziców lub wyników badań, o których mowa w § 6 ust 6 i 7 Umowy pod warunkiem dotrzymania terminów odsyłania wyników lub oświadczeń wskazanych w tych ustępach.

Opłata okresowa za przechowanie za 1 rok

- Opłata za przechowanie Komórek macierzystych jest uiszczana począwszy od końca pierwszego roku trwania Umowy, z dołu za każdy rok trwania Umowy. PBKM wystawi i wyśle na wskazany w Umowie adres fakturę VAT na kwotę opłaty abonamentowej za roczny okres przechowania wynikający z Umowy. Przez rok należy rozumieć okres kolejnych 12 (dwunastu) miesięcy licząc od dnia porodu. Brak otrzymania faktury nie wstrzymuje obowiązku terminowej zapłaty opłaty abonamentowej, a w razie gdy faktura nie dotrze do Rodziców, PBKM na ich żądanie wystawi i wyśle duplikat faktury.
- Rodzice w każdej chwili trwania umowy mogą zdecydować się na przejście z systemu rocznych opłat abonamentowych na opłaty za przechowanie uiszczane z góry za okres 5,10 lub 18 lat, o których mowa w § 8 ust. 15-16. Przejście na opłaty z góry będzie skuteczną od końca trwającego rocznego okresu abonamentowego. PBKM wystawi Rodzicom fakturę z dołu za kolejny zakończony rok przechowania, a następnie w terminie 7 dni wystawi fakturę na wybraną opłatę z góry. Opłatami obowiązującymi będą opłaty wskazane w Umowie w odpowiedniej tabeli z zastrzeżeniem zapisu § 8 ust 15 Umowy.

Opłaty za podział i przechowanie Krwi pepowinowej w dwóch porcjach (kasetach)

- Jeżeli ze względu na objętość Krwi pepowinowej (minimum 90 ml) zachodzi możliwość dokonania jej podziału na dwie porcje (kasety), Rodzice mogą wyrazić zgodę na dokonanie takiego podziału i przechowanie Komórek macierzystych wyizolowanych z każdej z tych dwóch porcji Krwi pepowinowej (kaset) jako niezależnych preparatów, zależnie od wybranego wariantu oferty: KASETA STANDARD / KASETA PLUS. Jeżeli Rodzice zdecydują się na podział próbki na dwie porcje przy pobraniu mniejszym niż zalecane przez PBKM, należy dołączyć do umowy stosowne oświadczenie ze wskazaną objętością. PBKM oświadcza, że ze względów technicznych związanych z wewnętrznymi procedurami, podział krwi nie zostanie dokonany w przypadku, gdy dochodzi do pobrania nagłego i podpisania przez Rodziców umowy z zestawu z pobrania nagłego, jak również w przypadku wydrukowania przez Rodziców Umowy i zaznaczenia znakiem „X” oferty 61PL (Umowa z opcją zamrożenie KASETA PLUS) i dołączenia jej do zestawu „pobranie nagłe”, bez uprzedniego pisemnego kontaktu z Działem Obsługi Klienta lub Konsultantem Medycznym.
- W przypadku podziału Krwi pepowinowej jednego Dziecka na dwie porcje zgodnie z § 8 ust.10, należne są PBKM opłaty określone w tabeli opłat stanowiącej Załącznik do niniejszej Umowy zgodnie z wybranym wariantem: Ciąży pojedyncza – dwie kasetki standard / dwie kasetki w ofercie KASETA PLUS;

Płatności w ratach opłaty za przechowanie

- Opłata za przechowanie płatna z góry za okres 5, 10 lub 18 lat może być rozłożona na raty w wysokości określonej odpowiednio w tabeli opłat. Rodzice/ lub inni przedstawiciele ustawowi Dziecka, którzy wyrażają wolę skorzystania z możliwości rozłożenia na raty opłaty podstawowej lub opłaty za przechowanie płatnej z góry za okres 5, 10 lub 18 lat **zaznaczają znakiem „X” właściwą opcję w odpowiedniej tabeli cenowej stanowiącej załącznik niniejszej Umowy.**
- Pierwsza rata opłaty za przechowanie płatnej z góry za okres 5, 10 lub 18 lat jest płatna w terminie czterdziestu pięciu dni od dnia porodu, na podstawie faktury VAT wystawionej przez PBKM, natomiast kolejne raty - w kolejnych okresach miesięcznych zgodnie z opcją wybraną przez Rodziców/ lub innych przedstawicieli ustawowych Dziecka.

14. W przypadku rozłożenia płatności na raty za dany okres przechowywania, brak zapłaty drugiej kolejnej raty w terminie określonym na fakturze, skutkować będzie wymagalnością całości opłaty za deklarowany z góry okres przechowywania. W razie spłaty rat w terminie wcześniejszym niż płatności miesięczne zadeklarowane w Umowie, wysokość opłat nie ulega zmianie i pozostają one w wysokości określonej w zaznaczonej opcji tabeli.

Opłaty okresowe za przechowywanie płatne z góry za okres 5, 10 lub 18 lat.

15. Rodzicel/ lub inni przedstawiciele ustawowi Dziecka mogą z góry pokryć koszty przechowywania Komórek macierzystych za okres 5 (pięciu), 10 (dziesięciu) lub 18 (osiemnastu) lat liczony od daty porodu, wnosząc z tego tytułu opłatę w wysokości określonej odpowiednio w tabeli opłat. Opłata ta jest uiszczana w terminie czterdziestu pięciu dni od dnia porodu, na podstawie faktury VAT wystawionej przez PBKM. Rodzice Dziecka, którzy wyrażają zgodę na uiszczenie opłaty płatnej z góry za 5, 10 lub 18 lat przechowywania **zaznaczają znakiem „X” właściwą opcję w odpowiedniej tabeli cenowej stanowiącej integralną część Umowy.**
16. Rodzicel/ lub inni przedstawiciele ustawowi Dziecka, którzy pokryli koszty przechowywania Komórek Macierzystych z góry za okres 5 (pięciu), 10 (dziesięciu) lub 18 (osiemnastu) lat liczony od daty porodu, po upływności terminu opłaconego okresu przechowywania (niezależnie czy został on opłacony z góry czy w ratach), w przypadku braku zgłoszenia chęci uiszczenia opłaty za przechowywanie płatnej z góry za kolejny wybrany okres, przechodzą automatycznie na opłaty za przechowywanie za jeden rok i są rozliczani na zasadach określonych w § 8 pkt 9 niniejszej Umowy, stosownie do stawki opłaty okresowej za przechowywanie za jeden rok, określonej w odpowiedniej do rodzaju przechowywania tabeli. Rodzice, którzy chcą kontynuować rozliczenia w postaci opłaty płatnej z góry zobowiązani są do zgłoszenia PBKM, bądź jeszcze w trakcie trwania opłaconego okresu lub w nieprzekraczalnym terminie 7 dni po zakończeniu okresu już opłaconego, pisemnego oświadczenia o woli uiszczenia opłaty z góry na dalszy wybrany przez nich okres. Opłatami obowiązującymi będą opłaty zawarte w odpowiedniej tabeli cenowej z zastrzeżeniem zapisu § 8 ust 23 i 25 Umowy.

Pozostałe warunki

17. W przypadku wykorzystania jednej części komórek przechowywanych w ramach opcji „KASETA PLUS”, Umowa jest kontynuowana na warunkach cenowych z tabeli „ciąży pojedyncza jedna kasetka”, obowiązującymi opłatami będą opłaty przewidziane w tej opcji z daty zawarcia Umowy. Zmiana opłat będzie obowiązywała od kolejnego roku rozumianego zgodnie z treścią § 8 ust 8 Umowy.
18. W przypadku opóźnienia z wniesieniem opłat wynikających z Umowy, PBKM jest uprawniony do naliczania odsetek ustawowych za każdy dzień zwłoki.
19. W przypadku opóźnienia z zapłatą jakiegokolwiek należności z tytułu Umowy, PBKM wezwie Rodziców/ lub innych przedstawicieli ustawowych Dziecka do zapłaty należności w terminie wskazanym w wezwaniu. Rodzice/ lub inni przedstawiciele ustawowi Dziecka zobowiązani są pokryć koszty wezwania do zapłaty w kwocie 20,00 PLN, o którą zostanie powiększona należność objęta wezwaniem do zapłaty. Rodzice oświadczają, że w sytuacji nie wykonywania Umowy, wyrażają zgodę na przekazanie danych osobowych firmie świadczącej profesjonalne usługi w zakresie windykacji należności oraz przyjmują do wiadomości, że są zobowiązani do pokrycia zryczałtowanych kosztów wezwania i windykacji w kwocie 50 PLN.
20. Wszystkie opłaty wynikające z Umowy będą dokonywane na rachunek bankowy PBKM w banku BRE Bank S.A. Oddział Regionalny Warszawa nr **7511401010000281501001006**, z zaznaczeniem numeru Umowy. Za dzień zapłaty przyjmuje się obciążenia konta Rodzica/ lub innego przedstawiciela ustawowego Dziecka.
21. Wniesione opłaty za przechowywanie Komórek macierzystych nie podlegają zwrotowi za wyjątkiem opłat za przechowywanie komórek macierzystych wniesionych z góry za okres 5,10 lub 18 lat. PBKM zwróci proporcjonalnie kwotę opłaty uiszczoną z góry w przypadku wykorzystania całej porcji komórek macierzystych przechowywanych w ramach opcji kasetka standard lub „KASETA PLUS” na cele lecznicze uprawnionego biocyru przed upływem opłaconego z góry okresu przechowywania. W razie zakończenia Umowy przed upływem okresu opłaconego z góry przechowywania, z przyczyn innych niż wykorzystanie komórek na cele lecznicze, uprawnionego biocyru PBKM rozliczy uiszczoną opłatę wniesioną z góry według standardowych stawek opłat za 1 rok przechowywania wskazanych w odpowiedniej tabeli; zwrotowi podlegać będzie jedynie kwota przewyższająca iloczyn opłat za 1 rok przechowywania według standardowych stawek i sumy lat faktycznego przechowywania.
22. Dla celów podatkowych zgodnie z art. 12 ust. 3c „Ustawy z dnia 15.02.92 r. o podatku dochodowym od osób prawnych j.t. Dz. U. Nr 54, poz. 654 z późniejszymi zmianami” Strony ustalają, że usługa jest rozliczana w miesięcznych okresach rozliczeniowych.
- 22 a PBKM oświadcza, że od 1 stycznia 2011 r. w związku ze zmianami prawa podatkowego w zakresie podatku VAT istnieje prawdopodobieństwo, że usługi świadczone przez PBKM będą objęte stawką podatku VAT. PBKM oświadcza, że w związku ze zmianami prawa podatkowego znajduje się w sprawie z Ministerstwem Finansów odnośnie możliwości stosowania zwolnienia z VAT w zakresie świadczonych przez PBKM usług, przy czym aktualnie cena nie uwzględnia podatku VAT, z uwagi na trwający spór, do czasu jego prawomocnego rozstrzygnięcia.
23. W przypadku otrzymania prawomocnego orzeczenia w sporze, o którym mowa w ust. 22 a) powyżej, z którego będzie wynikać obowiązek stosowania stawki VAT w zakresie świadczenia przez PBKM usług, PBKM zastrzega sobie prawo do powiększenia opłat wynikających z Umowy o obowiązującą stawkę podatku. W takim przypadku PBKM poinformuje pisemnie Rodziców o zaistniałej sytuacji i wysokości podwyżki zgodnie z przepisami prawa, załączając odpowiedni aneks do Umowy. Rodzice mają prawo w terminie 30 dni od otrzymania takiego zawiadomienia rozwiązać Umowę w formie pisemnej lub podpisać załączony aneks i odesłać jeden jego egzemplarz do PBKM. W przypadku odesłania decyzji o rozwiązaniu Umowy, PBKM wystawi Rodzicom ostatnią fakturę rozliczającą nieopłacony okres przechowywania do momentu otrzymania oświadczenia o rozwiązaniu Umowy; w przypadku gdy okres ten będzie objęty obowiązującym nowymi przepisami podatkowymi, PBKM będzie miał prawo naliczyć za ten okres wymagany prawem podatek. W razie braku oświadczenia, jak i odesłania egzemplarza aneksu, PBKM uzna, że Rodzice mają wolę dalszego kontynuowania Umowy, a zapłata korekty wystawionej już faktury VAT lub kolejnej faktury zgodnie ze stawkami uwzględniającymi podwyżkę będzie uznawana równoznacznie z faktycznym przystąpieniem do aneksu. W przypadku otrzymania orzeczenia odnośnie obowiązku stosowania stawki VAT, uiszczone przez Rodziców/ lub innych przedstawicieli ustawowych Dziecka opłaty za przechowywanie za okres roku lub płatne z góry za okres 5,10 lub 18 lat również będą podlegały jednorazowej korekcie o odpowiednią stawkę VAT, zapisy zdania drugiego niniejszego ustępu o aneksie i rozwiązaniu umowy, mają odpowiednie zastosowanie.
24. Rodzice Dziecka upoważniają PBKM do wystawiania faktur bez podpisu.
25. W trakcie trwania Umowy PBKM ma prawo dokonać waloryzacji opłaty za przechowywanie za 1 rok odpowiednio do dwunastomiesięczny wskaźnik wzrostu cen i usług konsumpcyjnych publikowany przez Prezesa GUS za okres poprzedzający waloryzację. Waloryzacja nie dotyczy opłat za przechowywanie, które zostały uiszczone z góry za okres 5,10 lub 18 lat.
26. W przypadku występowania ciąży bliźniaczej i skorzystania z opłat wynikających z tabeli „ciąża bliźniacza – po jednej kasecie dla każdego Dziecka w ofercie KASETA STANDARD” – rezygnacja w trakcie Umowy z przechowywania krwi dla jednego z dzieci powoduje zmianę zaszerogowania opłat do tabeli – „ciąża pojedyncza - jedna kasetka w ofercie KASETA STANDARD”.
27. W przypadku występowania ciąży bliźniaczej i skorzystania z opłat wynikających z tabeli „ciąża bliźniacza – po jednej kasecie dla każdego Dziecka w ofercie KASETA PLUS” – rezygnacja w trakcie Umowy z przechowywania krwi dla jednego z dzieci powoduje zmianę zaszerogowania opłat do tabeli – „ciąża pojedyncza - jedna kasetka w ofercie KASETA PLUS”.

REGULAMIN „OFERTY SPECJALNEJ LUTY 2012”

28. Oferta skierowana jest do Rodziców, którzy podpiszą umowę z PBKM S.A. od dnia **01.02.2012 r. do 29.02.2012 r.** Podpisana umowa to ta, która dotrze do biura PBKM S.A. z datą stempla pocztowego luty 2012.
29. W przypadku leczenia w klinice niepłodności, Rodzice prześlą do biura PBKM maksymalnie w ciągu 14 dni licząc od dnia zakończenia obowiązywania Oferty, zaświadczenie potwierdzające leczenie.
30. Rodzice, którzy podpiszą umowę w dniach od dnia **01.02.2012 r. do 29.02.2012 r.** i uiszczą wszystkie należności w terminach wynikających z umowy, otrzymują ofertę cenową, zgodnie z opłatami wynikającymi z określonych tabel cenowych stanowiących integralną część niniejszej Umowy.
33. Oferta cenowa nie łączy się z żadnymi innymi pakietami i zniżkami.

§ 9 Czas trwania, rozwiązanie Umowy

- Umowa niniejsza zawarta zostaje na czas nieokreślony.
- Rodzice mają prawo rozwiązać Umowę składając pisemne oświadczenie z zachowaniem 1 (jedno-) rocznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec roku rozumianego w sposób określony w § 8 ust 8 Umowy. Okres wypowiedzenia może ulec skróceniu za zgodą PBKM na mocy porozumienia stron. W razie rozwiązania Umowy wcześniej niż po upływności okresu z góry opłaconego przechowywania, uiszczono opłaty będą podlegały zwrotowi na zasadach określonych w § 8 ust. 21 Umowy.
- W przypadku wyrażenia zgody na rozwiązanie Umowy na mocy porozumienia stron bez zachowania terminu wypowiedzenia wskazanego w § 9 ust 2 Umowy, Rodzice zobowiązani są uiszczyć nieopłacone opłaty w stosunku do faktycznego okresu przechowywania zgodnie z rozliczeniem przygotowanym przez PBKM.
- W przypadku gdy Umowa z Rodzicami zawarta jest poza siedzibą PBKM, Rodzice mogą od niej odstąpić bez podania przyczyn, składając stosowne oświadczenie na piśmie w terminie dziesięciu dni od zawarcia Umowy. Do zachowania tego terminu wystarczy wysłanie oświadczenia przed jego upływem.
- W razie odstąpienia od Umowy, na zasadach określonych w ust 4 powyżej, Umowa jest uważana za niezawartą, a Rodzice są zwolnieni od wszelkich zobowiązań. PBKM zwróci Rodzicom uiszczoną Opłatę Wstępną. Zwrot powinien nastąpić niezwłocznie, nie później niż w terminie czternastu dni od daty otrzymania pisemnego oświadczenia o odstąpieniu. Zapis § 8 ust 5 zdanie drugie stosuje się odpowiednio.
- W przypadku gdy między datą zawarcia Umowy, a dziesięć dniowym terminem na odstąpienie doszło do pobrania krwi pepowinowej, PBKM nie dokona zwrotu kwoty Opłaty Wstępnej, a Rodzice zobowiązani będą zwrócić PBKM koszt badań, preparatyki Krwi pepowinowej oraz zamrożenia Komórek macierzystych jeśli do takich czynności już doszło.
- Umowa ulega również rozwiązaniu:
 - w przypadku śmierci Dziecka, jeśli Rodzice wraz z powiadomieniem PBKM o śmierci Dziecka oświadczą na piśmie, że nie wyrażają zgody na dalsze trwanie Umowy,
 - w przypadku, gdy do pobrania Krwi pepowinowej nie dojdzie zgodnie z § 3 ust. 6 Umowy z powodu warunków porodu albo złego stanu ogólnego Dziecka przed odpepnieniem,
 - w przypadku, o którym mowa w § 6 ust. 3 Umowy,
 - w przypadku odesłania przez Rodziców pisemnego oświadczenia o zaniechaniu przechowywania komórek macierzystych, o którym mowa w § 6 ust. 5 pkt. c Umowy.
 - w przypadku określonym w § 6 ust. 6 Umowy,
 - w przypadku określonym w § 6 ust 8 Umowy,
 - w przypadku podjęcia przez Dysponenta/Dysponentów decyzji o zmianie banku komórek macierzystych. W takim przypadku Umowa ulega rozwiązaniu z dniem, w którym Komórki macierzyste zostały wydane Dysponentowi/Dysponentom w celu ich przechowywania w innym niż PBKM banku komórek macierzystych.
 - w przypadku rozwiązania Umowy przez Rodziców z przyczyn wskazanych w § 8 ust. 23 Umowy,
 - w przypadku wykorzystania całości komórek macierzystych z kaset standard lub z obu części worka w ramach opcji zamrożenia „KASETA PLUS” na potrzeby lecznicze uprawnionego biocyru.

- 7a. Umowa może być rozwiązana przez PBKM w przypadku nie uiszczenia przez Rodziców/Dysponenta /Dysponentów opłaty okresowej za przechowanie, określonej w § 8 ust. 8,9 Umowy, za okres 2 (dwóch) kolejnych lat trwania Umowy. W takim przypadku PBKM wystosuje do Rodziców pismo z wezwaniem do zapłaty należności z nieopłaconych faktur wraz z należnymi odsetkami oraz poinformuje Rodziców, iż brak uiszczenia zaległych opłat we wskazanym w wezwaniu terminie będzie skutkowało jej rozwiązaniem. W braku uiszczenia zaległych opłat okresowych za przechowanie, niezależnie od skutku w postaci rozwiązania Umowy, PBKM może wszcząć przeciwko Rodzicom czynności prawne zmierzające do windykacji należnego świadczenia za wykonane usługi.
8. W przypadkach gdy do rozwiązania Umowy dochodzi z przyczyn określonych w § 9 ust. 2 oraz ust. 7 pkt. a, c, d, e, f, h, 7 a) PBKM ma prawo zadysonować lub zniszczyć komórki zgodnie z obowiązującą w PBKM procedurą. Przez zadysonowanie komórkami należy rozumieć m.in. przekazanie ich do banku publicznego, przekazanie na cele badań naukowych przeprowadzanych przez PBKM, przekazywanie na cele badań naukowych innym profesjonalnym podmiotom medycznym, zużycie Komórek do przeszczepienia na rzecz osób trzecich.
9. Rodzice mają prawo złożenia odpowiedniego pisemnego oświadczenia oświadczenia o zadysonowaniu lub zniszczeniu Komórek w terminie 30 dni od daty powstania przyczyny rozwiązania umowy (za 30-ty dzień uważa się dzień dostarczenia oświadczenia do biura PBKM). W przypadku braku odpowiedniego oświadczenia PBKM uzna, że Rodzice wyrażają zgodę na dowolne zadysonowanie komórkami lub ich zniszczenie według uznania PBKM bez obowiązku poinformowania Rodziców o podjętej decyzji.
10. W przypadku rozwiązania Umowy przez Rodziców z przyczyny wskazanej w § 9 ust. 2 oraz ust. 7 pkt. a, c, d, e, f, h, 7 a) powyżej, na Rodzicach spoczywa obowiązek poniesienia wszelkich kosztów związanych z przeniesieniem krwi, a PBKM będzie miał prawo obciążyć Rodziców kwotą 1500 zł jako kosztem wydania komórek macierzystych do innego banku kosztem transportu komórek macierzystych do innego banku wraz z ich ubezpieczeniem oraz kosztem stosownych procedur administracyjnych. PBKM zobowiązuje się do organizacji i wykonania przeniesienia komórek do innego banku samodzielnie. Kwota wskazana powyżej będzie uiszczona przed dniem wydania preparatu z komórkami macierzystymi. Zapłata kwoty wskazanej w zdaniu pierwszym nie zwalnia Rodziców z obowiązku rozliczenia się z PBKM z wszelkich zaległych należnych PBKM opłat oraz poniesienia opłaty za przechowanie proporcjonalnie do okresu faktycznego przechowania, jeśli Rodzice rozliczają się w cyklach rocznych.

§ 10 Dysponowanie Komórkami macierzystymi przed osiągnięciem przez Dziecko pełnoletności

1. Przed osiągnięciem przez Dziecko pełnoletności Rodzice lub inni przedstawiciele ustawowi Dziecka sprawujący władzę rodzicielską lub opiekę nad Dzieckiem zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa, mogą w każdej chwili zadysonować Komórkami macierzystymi na potrzeby lecznicze Dziecka lub innych biorców.
2. PBKM w każdej chwili wyda przechowywane Komórki macierzyste osobom uprawnionym zgodnie z § 10 ust. 1 Umowy, legitymującym się następującymi dokumentami potwierdzającymi prawo do dysponowania Komórkami macierzystymi Dziecka:
 - a) oświadczeniem woli obojga Rodziców,
 - b) zgodnym oświadczeniem Rodziców o posiadaniu praw rodzicielskich do Dziecka lub oryginalnym bądź poświadczonym notarialnie orzeczeniem Sądu powszechnego o pozbawieniu władzy rodzicielskiej jednego z Rodziców, potwierdzające, że uprawnionym do opieki nad dzieckiem jest tylko jedno z rodziców lub orzeczeniem sądu o ustanowieniu opieki lub kuratel i
 - c) dowodem osobistym / paszportem potwierdzającym dane osobowe uprawnionego i
 - d) certyfikatem przechowywania, o którym mowa w § 7 ust. 4 Umowy.
3. Orzeczenie Sądu powszechnego do wydania Komórek macierzystych nie jest konieczne w przypadku potwierdzonego przez lekarza specjalistę zagrożenia życia lub zdrowia Dziecka lub najbliższego członka Rodziny Dziecka.

§ 11 Obowiązki Umowy po osiągnięciu przez Dziecko pełnoletności

1. Z chwilą osiągnięcia pełnoletności Dziecko uzyskuje pełne prawo do rozporządzania Komórkami macierzystymi na własne potrzeby medyczne lub potrzeby osób trzecich, chyba że utraci pełną zdolność do czynności prawnych. Prawo do dysponowania komórkami przez Dziecko z chwilą uzyskania pełnoletności jest niezależne od tego kto jest stroną Umowy i będzie mu przysługiwać nawet jeśli do Umowy nie przystąpi ani nie wstąpi w miejsce Rodziców w prawa i obowiązki z Umowy wynikające.
2. Po uzyskaniu przez Dziecko pełnoletności Rodzice nie mogą samodzielnie wnioskować o zniszczenie, udostępnienie lub zadysonowanie przez inny podmiot komórkami, co nie wyklucza możliwości wypowiedzenia Umowy zgodnie z jej zapisami.
3. W razie wypowiedzenia Umowy przez Rodziców po uzyskaniu przez Dziecko pełnoletności, PBKM wezwie Dziecko do wstąpienia w prawa i obowiązki wynikające z Umowy w miejsce Rodziców. W przypadku braku reakcji na wezwanie, wypowiedzenie Umowy PBKM uzna za skuteczne i wezwie Rodziców do podjęcia decyzji o zadysonowaniu komórkami. Zapisy § 9 ust 9 stosuje się odpowiednio.
4. PBKM wyraża zgodę, aby po ukończeniu przez Dziecko lat 18 (uzyskanie pełnoletności) mogło ono przystąpić do niniejszej Umowy i występować obok Rodziców na prawach strony.
5. W przypadku przystąpienia do Umowy Rodzice i Dziecko będą ponosili odpowiedzialność solidarną w związku z zobowiązaniami wynikającymi z niniejszej Umowy.
6. PBKM wyraża zgodę, aby Rodzice, po ukończeniu przez Dziecko 18 lat, mogli dokonać pisemnej cesji praw i obowiązków wynikających z niniejszej Umowy na Dziecko pod warunkiem, że Dziecko jest wypłacalne i jest w stanie ponieść opłaty wynikające z niniejszej Umowy. W razie gdyby Rodzice dokonali cesji praw i obowiązków wynikających z niniejszej Umowy na Dziecko, a Dziecko okazałoby się niewypłacalne, cesję taką uważa się za bezskuteczną.
7. Pełnoletnie Dziecko może jednostronnie oświadczeniem woli z podpisem notarialnie poświadczonym przelać na Rodziców/innym przedstawicielu ustawowym wszelkie prawa do dysponowania Komórkami macierzystymi, w tym prawa do dysponowania na potrzeby medyczne innych biorców.
8. Osiągnięcie przez Dziecko pełnoletności nie przerywa obowiązki Umowy.

§ 12 Odpowiedzialność za niewykonanie i nienależyte wykonanie Umowy

1. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania Umowy przez PBKM z winy PBKM, PBKM zapłaci Dysponentowi uprawnionemu w chwili, gdy wynika szkoda spowodowana niewykonaniem lub nienależytym wykonaniem Umowy: - karę umowną w wysokości 10-krotności (dziesięćkrotności) kwoty opłat za przechowanie uiszczonych na podstawie Umowy oraz - zwróci opłatę wstępną i podstawową określoną w § 8 Umowy w wysokości w jakiej opłaty zostały wpłacone.
2. Zastrzeżenie kary umownej zgodnie z § 12 ust. 1 Umowy nie wyłącza możliwości dochodzenia odszkodowania na zasadach ogólnych za szkodę powstałą w związku z niewykonaniem lub nienależytym wykonaniem Umowy.
3. Przez niewykonanie lub nienależyte wykonanie Umowy z winy PBKM w rozumieniu § 12 ust. 1 Umowy, należy rozumieć przypadki, w których szkoda powstała w wyniku:
 - a) powierzenia czynności pobrania krwi osobom (osobom prawnym, instytucjom publicznym lub osobom fizycznym), które nie zajmują się zawodowo czynnościami tego rodzaju,
 - b) powierzenia czynności transportu zestawu zawierającego Krew pepowinową i krew matki Dziecka osobom, które nie zajmują się zawodowo czynnościami tego rodzaju,
 - c) zniszczenia Krwi pepowinowej wskutek zawinionego przez PBKM przekroczenia dopuszczalnego czasu pomiędzy pobraniem krwi a podaniem jej preparatyce i zamrożeniu,
 - d) zniszczenia lub zakażenia Krwi pepowinowej podczas poddawania jej badaniom i preparatyce w NZOZ PBKM,
 - e) zniszczenia Komórek macierzystych podczas procesu ich zamrażania lub przechowywania w sposób niezgodny z obowiązującymi w tym zakresie normami i standardami określonymi przez Radę Naukowo – Medyczną,
 - f) wydania przechowywanych Komórek macierzystych osobom nieuprawnionym w myśl postanowień § 10 ust. 1 i 2 Umowy,
 - g) niezasadnego postanowieniami Umowy zniszczenia komórek macierzystych.
4. Obowiązek zapłaty kary umownej nie dotyczy przypadku, gdy szkoda powstała z przyczyn niezawinionych przez PBKM lub na skutek działania siły wyższej. Siła wyższa definiowana jest jako zdarzenie zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i niemożliwe do zapobieżenia, w szczególności za okoliczności wypełniające znamiona siły wyższej mogą zostać uznane: pożar, powódź, trzęsienie ziemi, katastrofy, wojna, zamieszki, strajki lub embarga.
5. PBKM nie ponosi odpowiedzialności za zanieczyszczenie lub zakażenie ani utratę krwi podczas pobierania jej w szpitalu/klinice. Zanieczyszczenie lub zakażenie jest wykrywane podczas ostatecznej kwalifikacji (2 etap badań) wykonywanej przez NZOZ PBKM.
6. W razie konieczności zakażenia lub zawieszenia działalności PBKM z jakiegokolwiek przyczyny, wymagającej przekazania praw i obowiązków przechowywawcy osobie trzeciej, PBKM gwarantuje możliwość dalszego przechowywania Komórek Macierzystych przez osobę trzecią - wyspecjalizowany i uprawniony w tym zakresie podmiot, na podstawie odrębnych umów zawartych pomiędzy PBKM i wyspecjalizowanym i uprawnionym w tym zakresie podmiotem oraz przy udziale Rodziców. Aktualnie na dzień podpisania Umowy PBKM ma podpisane dwie przedmiotowe Umowy gwarantujące wzajemnie trwałość przechowywania krwi w przypadku upadłości PBKM. PBKM, na wniosek Rodziców, poinformuje ich z jakim podmiotem łączy go aktualna umowa.
7. Zgodnie Ustawą z dnia 1 lipca 2005r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów wraz z późniejszymi zmianami PBKM oświadcza, że uzyskał stosowne pozwolenie na dotychczas wykonywane procedury i czynności w zakresie pobierania, przechowywania i testowania komórek i tkanek udzielone mu przez Ministerstwo Zdrowia. Pozwolenie to zostało wydane w dniu 28 grudnia 2007r. na maksymalny 5-letni okres przewidziany prawem. PBKM poinformuje klientów o cofnięciu bądź nieprzedłużeniu pozwolenia przez Ministra zdrowia i opieki społecznej.

§ 13 Przetwarzanie i ochrona danych osobowych

1. PBKM zobowiązuje się zapewnić ochronę wszystkich danych osobowych zgromadzonych przezeń przy wykonywaniu Umowy, zgodnie z wymogami określonymi przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 ze zm.).
2. Rodzice zobowiązują się dostarczyć do PBKM następujące dane osobowe Dziecka niezwłocznie po ich nadaniu: imię/imiona, nazwisko, numer PESEL.
3. Na potrzeby związane z ewidencją przechowywanych Komórek macierzystych Rodzice zobowiązują się dostarczyć do PBKM kopie dokumentów tożsamości każdego z Rodziców (dowód osobisty lub paszport) niezwłocznie po zawarciu Umowy lub okazać jej celem potwierdzenia i spisania danych do formularza z danymi osobowymi. W przypadku nie dostarczenia do PBKM kopii dokumentów lub braku okazania dokumentu tożsamości, PBKM może mieć trudności z identyfikacją Rodzica, co w efekcie może utrudnić lub uniemożliwić, wykonanie przez niego uprawnienia przysługującego zgodnie z § 10 ust. 1 i 2 Umowy.
4. Każdy z Rodziców niniejszym wyraża zgodę na przetwarzanie przez PBKM danych osobowych Rodzica lub Dziecka w tym danych dotyczących stanu zdrowia matki przed pobraniem krwi pepowinowej, danych na temat przebiegu porodu, wyników badań wirusologicznych krwi matki oraz wyników badań bakteriologicznych i jakościowych krwi pepowinowej, zgromadzonych na potrzeby związane z wykonywaniem Umowy.
5. Matka upoważnia PBKM do przetwarzania danych otrzymanych przez Szpital lub Klinikę przy prowadzeniu porodu, związanych z jej zdrowiem oraz przebiegiem porodu. Dane osobowe zostaną przekazane do PBKM przez Szpital lub Klinikę na druku dokumentacji dołączonej do zestawu pobraniowego. Matka oświadcza, że wyraża zgodę aby dane pozyskane przez Szpital lub Klinikę związane z pobieraniem krwi pepowinowej były przekazywane również przez ten Szpital lub Klinikę. Matka wyraża zgodę, aby jej dane osobowe przekazane w związku z realizacją niniejszej Umowy zostały przekazane do wskazanego przez nią Szpitala lub Kliniki celem powiadomienia Szpitala lub Kliniki i przygotowania pobrania krwi pepowinowej.

§ 14 Postanowienia końcowe

1. Umowa wchodzi w życie z dniem jej podpisania przez obie Strony.
2. Ewentualne aneksy lub załączniki do Umowy podpisane przez Strony w związku z chęcią skorzystania przez Rodziców / innych przedstawicieli ustawowych Dziecka, z poszerzonej odpłatnej oferty PBKM, samodzielnie regulują wysokość i sposób zapłaty za wybrane świadczenia.
3. Wszelkie zmiany Umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
4. Wszelkie pisemne oświadczenia Rodziców, o których mowa w Umowie będą uważane za skutecznie złożone wyłącznie poprzez wysyłanie ich listem poleconym na adres siedziby PBKM w odpowiednim terminie wskazanym w Umowie i opatrzone podpisem obojga Rodziców lub innych przedstawicieli ustawowych.
5. W terminie 7 dni od daty otrzymania przez PBKM egzemplarza Umowy podpisanego przez Rodziców i uiszczeniu opłaty wstępnej, jednakże nie wcześniej niż przed 2 (dwa) miesiącami do przewidywanej daty porodu, PBKM wyśle własnym transportem lub za pośrednictwem poczty kurierskiej zestaw do pobrania i transportu Krwi pępowinowej. Koszty wysyłki zestawu ponosi PBKM.
6. Każda ze Stron Umowy ma obowiązek poinformować drugą Stronę o każdej zmianie swojej siedziby lub adresu zamieszkania, a także adresu do korespondencji w terminie 14 dni od daty zaistniałej zmiany. W przypadku braku takiej informacji, powiadomienia lub oświadczenia Strony wysłane na ostatni wskazany adres drugiej Strony będą traktowane jako skutecznie doręczone. PBKM zastrzega sobie również prawo zmiany lokalizacji laboratorium i Banku. W tym przypadku niezwłocznie poinformuje o tym fakcie Rodziców. W przypadku gdy Rodzice nie dopełniają obowiązku poinformowania o zmianie adresu w skutek czego PBKM będzie miał problem z doręczeniem faktur, kontaktem z Rodzicami, a co za tym idzie Rodzice nie będą regulować należnych opłat za przechowanie za co najmniej 2 kolejne okresy, PBKM ma prawo przekazać preparat z komórkami macierzystymi na rzecz publicznego banku krwi pępowinowej lub go zniszczyć.
7. W sprawach nieuregulowanych Umową mają zastosowanie właściwe przepisy prawa cywilnego.
8. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.
9. Wszelkie Załączniki do niniejszej Umowy stanowią jej integralną część.

Prosimy o zaznaczenie krzyżykiem Państwa decyzji w każdym z trzech oświadczeń:

Wyrażam zgodę na otrzymywanie drogą elektroniczną od PBKM informacji dotyczących m.in. komórek macierzystych oraz oferty i firmy PBKM;

Wyrażam zgodę i akceptuję jako formę, wystawianie i przesyłanie przez PBKM faktur w formie elektronicznej na podany adres e-mail;

Wyrażam zgodę na otrzymywanie wiadomości tekstowych SMS od PBKM dotyczących m.in. zbliżającego się terminu wystawienia faktury, terminu płatności faktury pod wskazane w Umowie numery telefonów komórkowych.

za PBKM, data i podpis

data i podpis Matki

data i podpis Ojca

Umowy numer _____ PL _____ z dnia _____
na usługę profilaktyczno-terapeutyczną polegającą na
kwalifikacji i preparatyce krwi pępowinowej oraz przechowywaniu komórek macierzystych.

Kwestionariusz dla matki (proszę zakreślić odpowiednią odpowiedź) (wypełnia matka wg swojej aktualnie najlepszej wiedzy*)			
Imię i nazwisko	PESEL		
1. Czy <u>aktualnie</u> przyjmuje Pani leki przeciwko zakażeniu (antybiotyki lub inne) ? przyjmuje Pani jakiegokolwiek leki w sposób przewlekły ?	TAK <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>	Jeżeli tak, to jakie?	NIE <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
2. Czy w ciągu <u>ostatnich 6 miesięcy</u> miała Pani bliski kontakt z: chorym na żółtaczkę chorym na AIDS nosicielem wirusa HIV ?	TAK <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>	Jeżeli tak, to kiedy ?	NIE <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
3. Czy w ciągu <u>ostatnich 12 miesięcy</u> wykonywano u Pani: zabieg chirurgiczny (nawet bez znieczulenia ogólnego) zabieg endoskopowy (np. bronchoskopię, gastrokopię, rektoskopię) usunięcie zęba (lub inny zabieg stomatologiczny powodujący kontakt z krwią) przetoczenie krwi, jej składników lub immunoglobulin tatuaż przekłucie uszu lub innych części ciała akupunkturę inny zabieg powodujący kontakt z krwią (np. depilację kosmetyczną).....	TAK <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>	Jeżeli tak, to kiedy ?	NIE <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
4. Czy podczas <u>ostatnich 12 miesięcy</u> miała Pani bliski kontakt z: osobą chorującą na hemofilię lub przyjmującą osoczowe czynniki krzepnięcia osobą przyjmującą dożylnie środki nieprzebite przez lekarza osobą otrzymującą przetoczenia krwi, jej składników lub immunoglobulin osobą utrzymującą kontakty seksualne podwyższonego ryzyka	TAK <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>	Jeżeli tak, to kiedy ?	NIE <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
5. Czy podczas <u>ostatnich trzech lat</u> wyjeżdżała Pani poza granice Polski ?	TAK <input type="checkbox"/>		NIE <input type="checkbox"/>
6. Czy <u>kiedykolwiek</u> była Pani albo miała kontakt z osobą urodzoną lub mieszkającą w Afryce ?	TAK <input type="checkbox"/>		NIE <input type="checkbox"/>
7. Czy chorowała Pani <u>kiedykolwiek</u> na jedną z niżej wymienionych chorób : opryszczka wargowa żółtaczka (jakiego typu ?) kiła toksoplazmoza gruźlica malaria choroba Chagasa choroba genetyczna	TAK <input type="checkbox"/> TAK ** <input type="checkbox"/> TAK ** <input type="checkbox"/> TAK ** <input type="checkbox"/> TAK ** <input type="checkbox"/> TAK ** <input type="checkbox"/> TAK ** <input type="checkbox"/> TAK ** <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>	Jeżeli tak, to kiedy? Jaka?	NIE <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
8. Czy <u>kiedykolwiek</u> wykryto u 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) WNV (wirus Zachodniego Nilu)	TAK ** <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> TAK ** <input type="checkbox"/> TAK ** <input type="checkbox"/> TAK ** <input type="checkbox"/>	Jeżeli tak, to kiedy?	NIE <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
9. Czy <u>kiedykolwiek</u> : została Pani zdyskwalifikowana jako dawca krwi ? była Pani leczona insuliną pochodzenia zwierzęcego ? była Pani leczona ludzkim hormonem wzrostu ?	TAK <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>	Jeżeli tak, to kiedy ?	NIE <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>

Czy <u>kiedykolwiek</u> : miała Pani przeprowadzone przeszczepienie narządu, tkanki lub komórek ?		TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
przyjmowała Pani dożylnie środki nieprzepisane przez lekarza ?		TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
przyjmowała Pani osoczowe czynniki krzepnięcia ?		TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
10. Czy ktokolwiek z Pani rodziny ma lub miał chorobę Creutzfeldta - Jakoba?		TAK <input type="checkbox"/>	Jeżeli tak, to kto i kiedy? NIE <input type="checkbox"/>
11. Czy ktokolwiek z Pani rodziny lub rodziny Ojca dziecka cierpi lub cierpiał na chorobę genetyczną ? Jaką ?		TAK <input type="checkbox"/>	Jeżeli tak, to kto i kiedy? NIE <input type="checkbox"/>
12. Czy <u>podczas ostatnich 12 miesięcy</u> miała Pani przeprowadzaną immunizację bierną (np. otrzymywała Pani przeciwciała/immunoglobulinę przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B – Hepatect, przeciwciała/immunoglobulinę przeciwko chorobie cytomegalowirusowej – Cytotect, lub inne przeciwciała) ?		TAK <input type="checkbox"/>	Jeżeli tak, to jakie ? NIE <input type="checkbox"/>
13. Czy <u>podczas ostatnich 12 miesięcy</u> miała Pani przeprowadzaną immunizację czynną (otrzymywała Pani jakiegokolwiek szczepienia) ?		TAK <input type="checkbox"/>	Jeżeli tak, to jakie? NIE <input type="checkbox"/>
14. Czy <u>kiedykolwiek</u> była Pani zaszczepiona przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (przeciwciała żółtacze typu B) ?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Jeżeli tak to ile razy i kiedy było ostatnie szczepienie? / Ewentualnie proszę podać datę ostatniego badania i poziom przeciwciał typu anty – HBs /	
* w przypadku zmiany powyższych informacji - w dniu porodu lub 48 godzin po porodzie - matka dziecka oświadcza, że przekazuje PBKM informacje o zaistniałych zmianach			
** w przypadku odpowiedzi pozytywnej – proszę podać co najmniej rok, w którym zdarzenie miało miejsce oraz dostarczyć kserokopię ostatnich wyników badań			
Data		Podpis matki	

<p>Na podstawie wywiadu medycznego stwierdzam, że stan zdrowia matki pozwala na zgromadzenie krwi pępowinowej jej dziecka/dzieci w PBKM</p> <p>Uwagi :</p> <p>Data Podpis lekarza kwalifikującego PBKM.....</p>
<p>Na podstawie wywiadu medycznego stwierdzam, że stan zdrowia matki może mieć wpływ na jakość i przydatność leczniczą krwi pępowinowej jej dziecka/dzieci zgromadzonej w PBKM. Oświadczam, że matka/ojciec dziecka został/a o tym poinformowany/y w trakcie rozmowy telefonicznej przeprowadzonej w dniu i podtrzymał/a chęć pobrania i przechowywania krwi pępowinowej.</p> <p>Uwagi :</p> <p>Data Podpis lekarza kwalifikującego PBKM.....</p>
<p>Na podstawie wywiadu medycznego stwierdzam, że stan zdrowia matki może mieć wpływ na jakość i przydatność leczniczą krwi pępowinowej jej dziecka/dzieci zgromadzonej w PBKM. Oświadczam, że matka/ojciec dziecka został/a o tym poinformowany/y w trakcie rozmowy telefonicznej przeprowadzonej w dniu i zrezygnował/a z pobrania i przechowywania krwi pępowinowej.</p> <p>Uwagi :</p> <p>Data Podpis lekarza kwalifikującego PBKM.....</p>

Umowy numer _____ PL _____ z dnia _____
na usługę profilaktyczno-terapeutyczną polegającą na
kwalifikacji i preparatyce krwi pępowinowej oraz przechowywaniu komórek
macierzystych.

Spis treści

1. Krew pępowinowa – pojęcia
2. Wskazania do pobrania krwi pępowinowej
3. Krew pępowinowa – pobranie
4. Przeciwwskazania do pobrania krwi pępowinowej
5. Przeciwwskazania do przechowywania krwi pępowinowej
6. Skutki uboczne pobrania krwi pępowinowej
7. Wykorzystanie krwi pępowinowej
8. Opcje przechowywania krwi

1. Krew pępowinowa – pojęcia

Krew pępowinowa jest obecnie (również w Polsce) uznanym źródłem krwiotwórczych komórek macierzystych. Krwiotwórcze komórki macierzyste charakteryzują się czterema podstawowymi cechami: podlegają samoodnawianiu, następnie różnicowaniu w różne linie komórkowe, dojrzewają w obrębie jednej linii komórkowej oraz ulegają zużyciu. Wszystkie te funkcje mają zapewnić prawidłową czynność układu krwiotwórczego (szpiku). U dzieci od 1989 roku w Polsce wykorzystuje się do przeszczepień krwiotwórcze komórki macierzyste pobrane ze **szpiku**. Od 1994 roku wykorzystuje się krwiotwórcze komórki macierzyste pobrane po farmakologicznej mobilizacji z **krwi obwodowej**. Od 1994 roku do leczenia wykorzystuje się również komórki macierzyste zawarte we **krwi pępowinowej**. Ze względu na rodzaj zależności pomiędzy biorcą a dawcą różniamy **transplantację autologiczną** (biorcą i dawcą jest ten sam człowiek) oraz **allogeniczną** (biorca i dawca to dwie różne osoby, spokrewnione lub niespokrewnione). Drugą pulą zawartych w krwi pępowinowej komórek są **komórki mezenchymalne**, które nie są jeszcze standardowo wykorzystywane w polskiej medycynie regeneracyjnej.

2. Wskazania do pobrania krwi pępowinowej

Aktualnie najczęstszym praktycznym zastosowaniem komórek macierzystych krwi pępowinowej jest ich przeszczepienie podczas leczenia choroby nowotworowej lub nienowotworowej (wrodzonej lub nabytej) w celu odtworzenia puli krwiotwórczych komórek macierzystych szpiku produkujących na dalszych etapach rozwoju krwinki czerwone (erytrocyty), krwinki białe (leukocyty) oraz płytki krwi (trombocyty).

Wskazania do pobrania krwi pępowinowej:

a) wskazania medyczne – kliniczne:

- konieczność zabezpieczenia materiału biologicznego do ewentualnego przeszczepienia w przypadkach występowania w rodzinie choroby wymagającej leczenia przeszczepieniem krwiotwórczych komórek macierzystych (obciążający wywiad rodzinny)
- stwierdzenie u starszego rodzeństwa (posiadającego tych samych rodziców biologicznych) choroby wymagającej leczenia przeszczepieniem komórek macierzystych

b) wskazania medyczne – inne:

- zabezpieczenie krwi pępowinowej dla dziecka lub/i jego rodzeństwa
- pisemne postanowienie przekazania materiału biologicznego do odpowiedniej instytucji, celem wpisania porcji krwi pępowinowej do światowego rejestru honorowych dawców krwiotwórczych komórek macierzystych

c) wskazania naukowe:

- pisemne postanowienie przekazania porcji krwi pępowinowej do jednostki naukowej prowadzącej badania nad komórkami macierzystymi

3. Krew pępowinowa – pobranie

Pobranie krwi pępowinowej jest przeprowadzane w dniu porodu przy pomocy zestawu PBKM. Po pobraniu krwi przez przeszkolony personel medyczny zgłoszona do PBKM krew pępowinowa jest przesyłana przez firmę kurierską z miejsca pobrania do laboratorium PBKM, w którym wykwalifikowany personel poddaje krew pępowinową preparatyce i zamrożeniu w warunkach umożliwiających długotrwałe przechowywanie. Podczas procesu preparatyki laboratoryjnej oceniane są m.in.:

- liczba krwinek białych (zawierających krwiotwórcze komórki macierzyste), która określa możliwość wykorzystania krwi pępowinowej dla konkretnego biorcy i różni się w każdej porcji krwi pępowinowej, (wymagana minimalna liczba leukocytów do przeszczepienia = 2×10^7 /kg ciężaru ciała biorcy),
- żywotność komórek, która po przeprowadzeniu preparatyki laboratoryjnej powinna wynosić powyżej 75% bezwzględnej liczby komórek,
- czystość mikrobiologiczna zamrożanego preparatu, który powinien być jałowy. Niejałowy materiał może być użyty do przeszczepienia na podstawie opinii lekarza transplantologa i kompleksowego badania m.in. wrażliwości drobnoustroju na leki.

29A

4. Przeciwwskazania do pobrania krwi pępowinowej

a) ze strony matki

BEZWZGLĘDNE

- choroba matki wymagająca leczenia podczas ciąży w sposób szkodliwy dla płodu i jego krwi pępowinowej

- zakażenie wirusem HIV

- zakażenie bakteriami kiły

WZGLĘDNE

- aktywna choroba nowotworowa

- inne choroby matki, które uniemożliwiają pobranie krwi pępowinowej podczas porodu

- objawy kliniczne (np. aktywna postać opryszczki narządów płciowych lub rozległe kłykciny okolicy narządów płciowych) lub dodatnie wyniki badań mikrobiologicznych potwierdzające czynne zakażenie matki podczas ciąży

- uogólnione zakażenie stwierdzone klinicznie lub w badaniach laboratoryjnych w dniu porodu

b) ze strony noworodka

BEZWZGLĘDNE

- aktywna wrodzona choroba nienowotworowa – ograniczająca zdolność krwi pępowinowej do rekonstrukcji układu krwiotwórczego

- wrodzona uogólniona choroba nowotworowa

- długotrwałe, podczas życia płodowego, narażenie na środki farmakologiczne i inne substancje toksyczne dla układu krwiotwórczego

- aktywne zakażenie HIV

- widoczne wady sugerujące chorobę genetyczną

5. Przeciwwskazania do przechowywania krwi pępowinowej

Oprócz stwierdzanych przed porodem przeciwwskazań do pobrania (punkt nr 4) istnieją również stwierdzone po porodzie, zgodne z umową zawartą z PBKM S.A. przeciwwskazania do przechowywania krwi pępowinowej.

a) ze strony matki

WZGLĘDNE

- poporodowe wyniki badań (wykonane metodą łańcuchowej reakcji polimerazy, Polymerase Chain Reaction - PCR) potwierdzające u matki aktywne w dniu porodu zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu B lub C

Powyższe badania powinny zostać wykonane przez matkę w przypadku stwierdzenia przez PBKM SA dodatnich wyników sugerujących aktywne w dniu porodu zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu B lub C.

b) ze strony noworodka

BEZWZGLĘDNE

- wyniki badań (wykonane metodą łańcuchowej reakcji polimerazy, Polymerase Chain Reaction - PCR), potwierdzające występujące u noworodka w dniu porodu, aktywne zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu B lub C.

Powyższe badania powinny zostać wykonane z krwi żyłnej noworodka w przypadku poporodowych wyników matki (metodą PCR) sugerujących aktywne w dniu porodu zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu B lub C.

6. Skutki uboczne pobrania krwi pępowinowej

Pobranie krwi pępowinowej przeprowadza w dniu porodu przeszkolony wcześniej personel medyczny. Zakres szkolenia zgodny z najnowszą wiedzą medyczną m. in. opisuje jedna z podstawowych medycznych zasad etycznych: „*primum non nocere*” – po pierwsze nie szkodzić.

Powyższa zasada oraz zastosowana wiedza medyczna powodują, że decyzję o pobraniu oraz decyzję o ilości pobranej krwi pępowinowej podejmuje się zawsze indywidualnie, biorąc pod uwagę przebieg porodu, stan zdrowia rodzącej oraz stan zdrowia jej dziecka.

Prawidłowo przeprowadzone pobranie (oparte na powyższej zasadzie etycznej i zgodne z najnowszą wiedzą medyczną) nie powoduje żadnych klinicznych skutków ubocznych.

7. Wykorzystanie krwi pępowinowej

Istnieje kilkadziesiąt chorób, w których istnieją udokumentowane wskazania do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych znajdujących się m.in. we krwi pępowinowej.

Lista wybranych chorób, w których do leczenia dzieci w Polsce stosowano już **autologiczne** krwiotwórcze komórki macierzyste także krwi pępowinowej:

- choroby rozrostowe – (wg częstości przeszczepiania): chłoniaki złośliwe, ostra białaczka szpikowa, ostra białaczka limfoblastyczna, ziarnica złośliwa, przewlekła białaczka szpikowa, histiocytoza złośliwa,

- guzy lite - (wg częstości przeszczepiania) : zwojak zarodkowy, mięsak Ewinga, mięsak prądkowano-komórkowy, guzy ośrodkowego układu nerwowego i inne guzy wieku dziecięcego,

Lista wybranych chorób w których do leczenia dzieci w Polsce stosowano **allogeniczne** (np. od rodzeństwa) krwiotwórcze komórki macierzyste:

- choroby rozrostowe – (wg częstości przeszczepiania): ostra białaczka limfoblastyczna, ostra białaczka szpikowa, przewlekła białaczka szpikowa, zespoły mielodysplastyczne, chłoniaki złośliwe, mięsak Ewinga, zwojak zarodkowy,

- choroby nierozrostowe – (wg częstości przeszczepiania): ciężka nabyta niedokrwistość aplastyczna, wrodzone niedobory odporności, wrodzone zaburzenia metabolizmu, niedokrwistość Blackfana-Diamonda, niedokrwistość Fanconiego.

29A

Więcej informacji na temat wykorzystania krwi pępowinowej znajduje się na stronie www.pbkm.pl.

Ponadto istnieje szereg chorób z obszaru medycyny regeneracyjnej, które próbuje się leczyć wykorzystując mezenchymalne komórki macierzyste krwi pępowinowej. Do chorób tych należą m.in. choroby kardiologiczne (np. zawał mięśnia sercowego), choroby neurologiczne (np. choroby degeneracyjne, pourazowe lub niedokrwiennie uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego), choroby endokrynologiczne (np. cukrzyca), wybrane choroby układu oddechowego, kostnego, układu chrzęstnego i inne.

Do grudnia 2010 roku na świecie (według różnych źródeł) wykonano ponad 25,000 tys. przeszczepień krwi pępowinowej, w tym ponad tysiąc przeszczepień u rodzeństwa i ponad 400 autologicznych.

Należy pamiętać, że krew pępowinowa nie jest uniwersalnym lekarstwem na wszelkie choroby. Jej pobranie stwarza pewną dodatkową szansę dla chorego, ale nie daje 100% pewności jego wyleczenia.

Przed podjęciem decyzji pobrania i przechowywania komórek macierzystych z krwi pępowinowej PBKM zaleca zapoznanie się z informacjami nie tylko na stronie www.pbkm.pl, ale również z publikacjami zawartymi w prasie, literaturze oraz uzyskanie informacji od lekarzy, ewentualnie innych klientów.

8. Opcje przechowywania krwi.

Krew, która została zakwalifikowana do zamrożenia jest przechowywana w specjalnych pojemnikach - tzw. kasetach. Rutynowo PBKM oferuje przechowywanie pobranej krwi – w jednej Kasecie Standardowej. Pobrana krew jest badana, preparowana i następnie przetwarzana do specjalnego worka mroźniowego. Worek ten jest następnie umieszczany w metalowej kasecie i poddany procesowi kontrolowanego mrożenia.

W przypadku podziału porcji krwi w wariantcie Dwie Kasety krew przed zamrożeniem jest podzielona na dwie niezależne porcje i przechowywana w dwóch osobnych kasetach. Z kolei w przypadku wariantu Kaset Plus krew w worku jest dzielona na dwie części (w proporcji 1:4) i przechowywana w jednej kasecie. Obie wersje podziału pobranej krwi stwarzają pewną szansę na niezależne wykorzystanie każdej z części krwi w przyszłości. Teoretycznie istnieje więc możliwość wykorzystania: w dwóch przeszczepieniach autologicznych, dwóch allogenicznych, autologicznym i allogenicznym. Tym samym przeszczepienia mogą być wykonane dla tego samego biorcy lub dwóch różnych, z tych samych lub z różnych wskazań.

Obecnie w/w możliwości wykorzystania są jednak ograniczone liczbą komórek macierzystych w przechowywanej krwi, która to liczba w przypadku standardowych wskazań określa maksymalną masę biorcy. W związku z tym nawet jeśli krew jest przechowywana w dwóch niezależnych porcjach to może być konieczne wykorzystanie jednorazowe całej dostępnej krwi pępowinowej ponieważ dopiero wówczas ilość komórek będzie wystarczająca. Techniki namnażania komórek są obecnie w fazie badań i brak jest rutynowej technologii pozwalającej usunąć to ograniczenie. Technologie te ponadto nie są na razie dostępne w Polsce. Nie można jednoznacznie określić ile czasu zajmie naukowcom opracowanie standardowej technologii, którą da się stosować klinicznie u ludzi.

Ostateczna decyzja co do sposobu wykorzystania krwi pępowinowej należy do lekarza prowadzącego leczenie. Obecnie w Polsce w przypadku standardowych wskazań do przeszczepiania, stosuje się zasadę podawania całej dostępnej krwi pępowinowej.

.....
data i podpis matki

.....
data i podpis ojca

Ankieta dla Klienta

Dziękujemy Państwu za skorzystanie z oferty PBKM S.A. i zdecydowanie się na zdeponowanie krwi pępowinowej swojego Dziecka. Uprzejmie prosimy o podzielenie się z nami swoją opinią na temat Usługi świadczonej dla Państwa przez naszą Firmę. Poznanie Państwa opinii i oczekiwań pozwoli nam doskonalić jakość świadczonych usług.

1. Skąd Państwo uzyskali informacje dotyczące możliwości bankowania krwi pępowinowej? *Prosimy o zaznaczenie wybranej odpowiedzi znakiem „x”*

- rodzina, znajomi
 lekarz prowadzący ciążę, położna
 szkoła rodzenia
 szpital
 prasa, np. kobieca, medyczna-specjalistyczna
 Internet
 inne źródła (jakie?) _____

2. Dlaczego zdecydowali się Państwo na skorzystanie z oferty Polskiego Banku Komórek Macierzystych? *Prosimy o zaznaczenie wybranej odpowiedzi znakiem „x”*

Powód skorzystania z oferty PBKM	1 pkt.	2 pkt.	3 pkt.	4 pkt.	5 pkt.
	Nieistotny	Mало istotny	Dość istotny	Istotny	Bardzo istotny
Certyfikaty posiadane przez PBKM					
Przyjazna umowa					
Bezpieczeństwo własne urządzenie mrożące i kriostaty oraz laboratorium					
Lokalizacja laboratorium na terenie Centrum Zdrowia Dziecka					
Cena					
Całodobowa infolinia					
Obsługa przyjazna i kompetentna					
Możliwość konsultacji naukowo-medycznych					

Powód skorzystania z oferty PBKM	1 pkt. Nieistotny	2 pkt. Mało istotny	3 pkt. Dość istotny	4 pkt. Istotny	5 pkt. Bardzo istotny
Zawartość strony internetowej					
Dobra opinia lekarza prowadzącego ciążę					
Dobra opinia położnej					
Dobra opinia innych klientów					
Wysokiej klasy wyspecjalizowany zestaw pobraniowy					

3. Z jakich innych, własnych powodów, zdecydowali się Państwo na Polski Bank Komórek Macierzystych?

4. Jak oceniliby Państwo poziom obsługi oraz kompetencje pracowników Polskiego Banku Komórek Macierzystych ?

Prosimy o wybranie działu, którego ocena dotyczy i zaznaczenie znakiem „x”

Biuro Obsługi Klienta Konsultant medyczny

- Bardzo wysoka jakość obsługi i kompetencji
 Wysoka jakość obsługi i kompetencji
 Średni poziom obsługi i kompetencji
 Raczej niski poziom obsługi i kompetencji
 Bardzo niski poziom obsługi i kompetencji

5. Czy coś by Państwo zmienili w obsłudze klienta?

Tak Nie Nie wiem

5a. Jeśli tak, to co by to było?

4. W celu stałego podnoszenia jakości naszych usług bardzo prosimy, aby podzielili się Państwo z nami swoimi uwagami.

Ankieta wypełniono dnia: _____

Dziękujemy za wypełnienie ankiety
Polski Bank Komórek Macierzystych S.A.