



**Aneks Nr 2 do Umowy nr ..... zawartej w dniu .....  
dotyczącej przechowywania komórek macierzystych z krwi pępowinowej (dalej "Umowa")**

### OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisana:..... / numer PESEL:..... (dalej zwana „Matką Dziecka”) oświadczam, iż zostałam poinformowana przez Novum Sp. z o.o. (dalej zwaną „Novum”) o celowości powtórzenia następujących badań serologicznych z mojej krwi:

1. Anty – HCV
2. Anty – HIV 1 / HIV 2
3. HBs-Ag lub Anty-HBc total
4. Test kiłowy

Ponowne przeprowadzenie badań nastąpi po upływie 180 dni (6 miesięcy) od urodzenia Dziecka i pobrania Krwi Pępowinowej w przypadku jej kwalifikacji do preparatyki, zamrożenia i dalszego przechowywania w Novum.

Badania przeprowadzę na własny koszt.

Wyniki badań prześlę do Novum listownie na adres: Bank Komórek Macierzystych Novum Sp. z o.o., ul. Bociania 13, 02-807 Warszawa lub faksem pod numer 022 566 80 73.

**Zostałam również poinformowana przez Novum, iż nie przesłanie ww. wyników badań do Novum, może skutkować w przyszłości odrzuceniem wykorzystania Komórek Macierzystych do celów leczniczych, w tym przeszczepów krwiotwórczych.**

Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Matka Dziecka

\_\_\_\_\_  
w imieniu Novum

*SOP B.1. wersja 10 (załącznik nr 2)*

