

## DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO BADAŃ GENETYCZNO-ONKOLOGICZNYCH

Ja, niżej podpisany/a, (imię i nazwisko) .....

**Wyrażam zgodę** na udział w rutynowych badaniach diagnostycznych oraz w badaniach naukowych, w tym w szczególności w badaniu: „Onkologiczny Bank Próbek Biologicznych – utworzenie rejestru danych klinicznych i próbek biologicznych do badań korelacji genetyczno-klinicznych”.

Uzyskałem/am pełne wyjaśnienie dotyczące charakteru, celu i czasu trwania badań. Miałem/am możliwość zadawania pytań dotyczących wszystkich aspektów badań.

Dodatkowo, otrzymałem/am kopię karty informacyjnej dla uczestników badań.

Po dokładnym rozważeniu, zgadzam się współpracować z zespołami badawczymi, w tym informować niezwłocznie o wszystkich zaobserwowanych nieprawidłowościach. Przyjmuję do wiadomości, że mam prawo, jeśli taka będzie moja wola, wycofać się z badań w każdej chwili i/lub wystąpić z wnioskiem o zaprzestanie przechowywania i zniszczenie materiału, który został wyizolowany z mojej krwi / tkanek. Wiem, że moje dane osobowe nigdy nie zostaną ujawnione, a zebrane informacje pozostaną poufne.

Przyjmuję do wiadomości, że pomimo udziału w badaniach nie mam żadnych praw autorskich do wyników powyższych badań (np. prawa do patentu).

Po zapoznaniu się z celami badań, wyrażam zgodę na pobranie 5-40 ml krwi. Deklaruję również udzielenie niezbędnych – z punktu widzenia badań – informacji oraz – jeśli będzie to nieodzowne – udział w dalszych etapach realizacji badań.

**Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\***, aby zebrane dane / materiał biologiczny mogły być użyte w formie anonimowej również w innych badaniach prowadzonych z udziałem Ośrodka.

W związku z udostępnieniem przeze mnie danych osobowych, wyrażam zgodę na ich przetwarzanie zgodnie z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (określane jako „RODO”) oraz Ustawą o Ochronie Danych Osobowych z dnia 25 maja 2018 roku. Zgoda obejmuje również dane będące wynikiem prowadzonych badań. Mam prawo wglądu do swoich danych oraz ich poprawiania. Przyjmuję do wiadomości zapewnienie administratora ochrony danych, że są one przetwarzane zgodnie z Rozporządzeniem i Ustawą.

Upoważniam .....

*stopień pokrewieństwa oraz imię i nazwisko*

do odbioru wyników badań w przypadku, gdybym sam/a nie mógł/mogła ich odebrać.

**Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\***, na przesyłanie mi informacji o nowych testach DNA oraz o postępkach w schematach opieki medycznej, w tym o nowych badaniach (próbach klinicznych) realizowanych przez Ośrodek i Ośrodki współpracujące.

Podpis lekarza: .....

Podpis Pacjenta: .....

Data: .....

Data: .....

\* niepotrzebne skreślić