

MATERNAL SPECIMEN / ΜΗΤΡΙΚΟ ΔΕΙΓΜΑ
PLEASE COMPLETE IN ENGLISH / ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΣΤΑ ΑΓΓΛΙΚΑ

NAME / ΟΝΟΜΑ		SURNAME / ΕΠΩΝΥΜΟ	
DATE OF BIRTH / ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ	ETHNICITY / ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ	ID	
PHONE / ΤΗΛΕΦΩΝΟ	EMAIL		
ADDRESS / ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ			
CITY / ΠΟΛΗ	POST CODE / TK	COUNTRY / ΧΩΡΑ	

PATERNAL SPECIMEN / ΠΑΤΡΙΚΟ ΔΕΙΓΜΑ
PLEASE COMPLETE IN ENGLISH / ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΣΤΑ ΑΓΓΛΙΚΑ

NAME / ΟΝΟΜΑ		SURNAME / ΕΠΩΝΥΜΟ	
DATE OF BIRTH / ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ	ETHNICITY / ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ	ID	
PHONE / ΤΗΛΕΦΩΝΟ	EMAIL		
ADDRESS / ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ			
CITY / ΠΟΛΗ	POST CODE / TK	COUNTRY / ΧΩΡΑ	

REFERRAL INFORMATION / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ
PLEASE COMPLETE IN ENGLISH / ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΣΤΑ ΑΓΓΛΙΚΑ

CLINIC NAME / ΟΝΟΜΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ	CLINIC ID	PHONE / ΤΗΛΕΦΩΝΟ	FAX	EMAIL
REFERRING CLINICIAN / ΟΝΟΜΑ ΙΑΤΡΟΥ		ADDRESS / ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ		
		CITY / ΠΟΛΗ	POST CODE / TK	COUNTRY / ΧΩΡΑ

CLINICAL AND TEST DETAILS / ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ

<p>REQUESTED TEST / ΕΠΙΛΟΓΗ ΕΞΕΤΑΣΗΣ TICK ONLY ONE BOX BELOW / ΕΠΙΛΕΞΤΕ ΜΟΝΟ ΜΙΑ ΕΞΕΤΑΣΗ</p> <p>FOR SINGLETON PREGNANCIES / ΜΟΝΗΡΗΣ ΚΥΗΣΗ TRISOMIES 13, 18, 21; PRESENCE OF Y; ANEUPLOIDIES X,Y; MICRODELETIONS; 50 SINGLE GENE DISORDERS <input type="checkbox"/></p> <p>FOR TWIN/VANISHED TWIN PREGNANCIES / ΔΙΔΥΜΗ ΚΥΗΣΗ TRISOMIES 13, 18, 21; PRESENCE OF Y; MICRODELETIONS; 50 SINGLE GENE DISORDERS <input type="checkbox"/></p>	<p>TEST INDICATIONS / ΕΝΔΕΞΕΙΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ TICK APPROPRIATE BOX & ADD COMMENTS / ΕΠΙΛΕΞΤΕ ΚΑΙ ΣΧΟΛΙΑΣΤΕ</p> <p>PATIENT/FAMILY HISTORY <input type="checkbox"/></p> <p>ABNORMAL ULTRASOUND <input type="checkbox"/></p> <p>ADVANCED MATERNAL AGE <input type="checkbox"/></p> <p>SERUM SCREEN RISK <input type="checkbox"/></p> <p>T21 RISK SCORE: <input type="text"/> in</p> <p>T18 RISK SCORE: <input type="text"/> in</p> <p>T13 RISK SCORE: <input type="text"/> in</p> <p>CONSANGUINITY <input type="checkbox"/></p> <p>OTHER <input type="checkbox"/></p> <p>CLINICIAN COMMENTS</p>
<p>CLINICAL INFORMATION / ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ COMPLETE ALL SECTIONS BELOW / ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΕΝΟΤΗΤΕΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ</p> <p>MATERNAL INFORMATION / ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΜΗΤΡΑΣ</p> <p>GESTATIONAL AGE (WEEK + DAY) <input type="text"/> WEIGHT (KG) <input type="text"/> HEIGHT (CM) <input type="text"/></p> <p>TEST INFORMATION / ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ</p> <p>REDRAW TEST: YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> COLLECTION DATE (DD/MM/YY) <input type="text"/></p>	<p>NUMBER OF FETUSES / ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΜΒΡΥΩΝ</p> <p>1 FETUS <input type="checkbox"/> 1 FETUS — VANISHED TWIN <input type="checkbox"/> Collect 4 weeks after the vanishing event</p> <p>2 FETUSES MONOCHORIONIC <input type="checkbox"/> DICHORIONIC <input type="checkbox"/></p> <p>IVF INFORMATION / ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ</p> <p>IVF PREGNANCY: YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Only self-egg IVF pregnancies; not valid for donor egg or surrogates</p>

CONSENT / ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ

Θέτοντας την υπογραφή μου κατωτέρω δια του παρόντος:

- Επιβεβαιώνω ότι έχω διαβάσει, ή μου έχει διαβαστεί το Έντυπο Συγκατάθεσης Εξεταζόμενης το οποίο επισυνάπτεται σε αυτή την σελίδα και ότι το έχω κατανοήσει πλήρως.
- Δηλώνω ότι είχα την ευκαιρία να λάβω γενετική συμβουλευτική για το τεστ VERAgene από τον παραπέμποντα υγείας και να συζητήσω με τον παραπέμποντα υγείας όλες τις πτυχές του τεστ VERAgene και του παρόντος εντύπου συγκατάθεσης, συμπεριλαμβανομένων των οφελών, των κινδύνων και των περιορισμών του τεστ VERAgene, καθώς και τους λόγους για τη διεξαγωγή του τεστ και τη διαθεσιμότητα εναλλακτικών τεστ προς ικανοποίησή μου.
- Εξουσιοδοτώ τον παραπέμποντα υγείας μου για τη συλλογή των απαραίτητων δειγμάτων αίματος και την υποβολή της παρούσας αίτησης, καθώς επίσης και για την αποστολή των δειγμάτων στα εργαστήρια της NIPD Genetics για τους σκοπούς της διεξαγωγής των τεστ που έχουν αιτηθεί στο παρόν έντυπο.
- Εξουσιοδοτώ την NIPD Genetics να χρησιμοποιήσει μέρος ή ολόκληρο το δείγμα αίματος για τους σκοπούς της διεξαγωγής των τεστ που ζητούνται με το παρόν έντυπο.
- Εξουσιοδοτώ την NIPD Genetics να γνωστοποιήσει τα αποτελέσματα του τεστ στον παραπέμποντα υγείας μου.
- Βεβαιώνω ότι εξ' όσων γνωρίζω, όλες οι πληροφορίες του παρόντος εντύπου είναι αληθείς.

Τα αποτελέσματα της εξέτασης καθώς επίσης και οποιοδήποτε υπολείπόμενο βιολογικό υλικό, μπορούν να βοηθήσουν την NIPD Genetics να βελτιώσει και να αναπτύξει περαιτέρω την ποιότητα, την ακρίβεια και την αποτελεσματικότητα των διαγνωστικών τεστ και τη διεύρυνση του πεδίου εφαρμογής των γενετικών εξετάσεων. Για το λόγο αυτό, η NIPD Genetics, επιθυμεί να χρησιμοποιήσει τα ανωνυμοποιημένα, μη-ταυτοποιήσιμα (δηλ. μετά την αφαίρεση όλων των προσωπικών δεδομένων μέσω των οποίων μπορείτε να ταυτοποιηθείτε προσωπικά) αποτελέσματα της εξέτασης, καθώς επίσης και το αχρησιμοποίητο βιολογικό υλικό.

Για τους πιο πάνω σκοπούς, παρέχω τη συγκατάθεσή μου στην NIPD Genetics, για να συμπεριλάβει τα αποτελέσματα της εξέτασής μου στη βάση δεδομένων της, για την κωδικοποίηση, για την αποθήκευση και για τη χρήση του βιολογικού υλικού.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΜΗΤΡΑΣ (ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΗΤΕΡΑ)	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΠΑΤΕΡΑ (ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΑΤΕΡΑΣ)	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

CLINICIAN ATTESTATION / ΔΗΛΩΣΗ ΠΑΡΑΠΕΜΠΟΝΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Με το παρόν έγγραφο πιστοποιώ και αναλαμβάνω την ευθύνη ότι:

- Η εξεταζόμενη έχει ενημερωθεί ότι το τεστ θα διερευνηθεί μόνο τις παθήσεις οι οποίες έχουν αιτηθεί στο παρόν έντυπο και έχει λάβει κατάλληλη και πλήρη γενετική συμβουλευτική σχετικά με το τεστ και για όλες τις απαραίτητες πληροφορίες, συμπεριλαμβανομένων των οφελών, των κινδύνων και των περιορισμών του τεστ VERAgene, προκειμένου να δώσει τη συγκατάθεσή της.
- Έχω απαντήσει σε όλα τα ερωτήματα της εξεταζόμενης σχετικά με το τεστ VERAgene.
- Το παρόν έντυπο έχει συμπληρωθεί με βάση τις επιθυμίες και τις υποδείξεις των εξεταζόμενων.
- Έχω λάβει τη συγκατάθεση της εξεταζόμενης και έχω βεβαιώσει την υπογραφή της.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΠΑΡΑΠΕΜΠΟΝΤΑ ΥΓΕΙΑΣ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
------------------------------	------------

FOR LABORATORY USE ONLY	ORDER NUMBER	LAB ID NUMBER	KIT LOT NUMBER
COMMENTS	DATE & TIME OF RECEIPT (DD/MM/YY HH:MM)		RECEIVED BY

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΕΞΕΤΑΖΟΜΕΝΗΣ

Το VERAgene είναι μια μη επεμβατική προγεννητική εξέταση (NIPT) η οποία αναπτύχθηκε σε εργαστήριο, με σκοπό την ανίχνευση των τρισωμιών 13, 18, 21, των ανευπλοειδιών X, Y, των επιλεγμένων μικροελλειμμάτων (DiGeorge, 1p36, Smith-Magenis, Wolf Hirschhorn), καθώς επίσης και τον προσδιορισμό του κινδύνου να πάσχει το έμβρυο από ένα από 50 μονογονιδιακά νοσήματα με κλινικές επιπτώσεις (Πίνακας 1). Απαιτούνται δύο φιαλίδια αίματος (20 ml) από τη βιολογική μητέρα, που λαμβάνονται χρησιμοποιώντας πρότυπες πρακτικές φλεβοτομής, καθώς επίσης και παρειακό επίχρισμα από το βιολογικό πατέρα. Για να είναι έγκυρα τα αποτελέσματα της εξέτασης, απαιτούνται τα δείγματα και από τους δύο βιολογικούς γονείς. Η εξέταση VERAgene προσφέρεται για μονήρεις και δίδυμες κυήσεις, συμπεριλαμβανομένων και των κυήσεων που επιτεύχθηκαν με εξωσωματική γονιμοποίηση (IVF), από τη 10η εβδομάδα της κύησης τουλάχιστον. Σε δίδυμες κυήσεις στις οποίες υπήρξε απώλεια του ενός εμβρύου (σύνδρομο εξαφανισθέντος διδύμου), η εξέταση διεξάγεται μετά τη 10η εβδομάδα της κύησης και τουλάχιστον 4 εβδομάδες μετά από την εξαφάνιση. Η εξέταση για την ανίχνευση των ανευπλοειδιών των φυλετικών χρωμοσωμάτων X και Y δεν προσφέρεται στις δίδυμες κυήσεις, καθώς και σε αυτές που υπήρξε εξαφάνιση του ενός διδύμου. Η εξέταση VERAgene δεν προσφέρεται για τις κυήσεις που επιτυγχάνονται με δωρεά ωαρίων/σπερματοζωαρίων ή με τη χρήση παρένθετης μητέρας. Η εξέταση δεν είναι δυνατό να διεξαχθεί σε ασθενείς με κακοήθεια ή ιστορικό κακοήθειας, ή μεταμόσχευσης μυελού των οστών ή άλλου οργάνου, ή ασθενείς με πρόσφατες μεταγίσεις. Σε περιορισμένο αριθμό περιπτώσεων, η ποσότητα εμβρυϊκού DNA το οποίο περιέχεται στο μητρικό αίμα (εμβρυϊκό κλάσμα), δεν επαρκεί για την ανάλυση και ενδεχομένως να πρέπει να γίνει επανάληψη της αμοληψίας.

Η μη επεμβατική προγεννητική εξέταση VERAgene δεν προορίζεται και δεν έχει επικυρωθεί για την ανίχνευση μωσαϊκισμού, τριπλοειδίας, μερικής τρισωμίας ή μεταθέσεων. Στις δίδυμες κυήσεις, όταν το αποτέλεσμα είναι υψηλού κινδύνου υποδηλώνεται ότι έχει επηρεαστεί τουλάχιστον ένα από τα έμβρυα. Επίσης, η ανίχνευση του χρωμοσώματος Y αποτελεί ένδειξη ότι το χρωμόσωμα Y ανιχνεύεται σε τουλάχιστον ένα από τα δίδυμα έμβρυα. Παρόλο που η εξέταση είναι υψηλής ακρίβειας, υπάρχει πιθανότητα για ψευδώς θετικά και ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα. Αυτό είναι δυνατό να οφείλεται σε τεχνικούς και/ή βιολογικούς παράγοντες, όπως στον εντοπισμένο χρωμοσωμικό μωσαϊκισμό στον πλακούντα (CPM) ή σε άλλους τύπους μωσαϊκισμού, σε γαμετικές ή σωματικές χρωμοσωματικές ανωμαλίες, σε υπολειπόμενο cfDNA του εξαφανισθέντος διδύμου, ή τέλος σε άλλους σπάνιους μοριακούς παράγοντες. Η εξέταση δεν είναι σε θέση να ανιχνεύσει όλες τις διαγραφές που σχετίζονται με το κάθε σύνδρομο μικροελλείμματος. Η εξέταση αυτή έχει επικυρωθεί πάνω σε διαγραφές ολόκληρων περιοχών, ενώ η ανίχνευση μικρότερων διαγραφών μπορεί να μην καταστεί εφικτή. Επιπλέον, το VERAgene διερευνά διάφορες παθογόνες/πιθανώς παθογόνες μεταλλάξεις που σχετίζονται με ήπιο ή σοβαρό φαινότυπο, αλλά όχι όλες. Επομένως, ένα αρνητικό αποτέλεσμα, ή ένα αποτέλεσμα χαμηλού κινδύνου μειώνει, αλλά δεν εξαλείφει την πιθανότητα το έμβρυο να πάσχει ή να φέρει τη μετάλλαξη. Η μη επεμβατική εξέταση VERAgene δεν αποτελεί διαγνωστικό τεστ και τα αποτελέσματα θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη σε συνδυασμό με άλλα κλινικά κριτήρια. Ο παραπέμπων επαγγελματίας υγείας είναι υπεύθυνος να παρέχει γενετική συμβουλευτική πριν και μετά τη διεξαγωγή της εξέτασης, καθώς και να ενημερώνει για την ανάγκη πρόσθετων προγεννητικών επεμβατικών γενετικών τεστ. Το θετικό ή το υψηλό κινδύνου αποτέλεσμα για τις μονογονιδιακές παθήσεις υποδεικνύει ότι υπάρχει μία στις τέσσερις πιθανότητες το έμβρυο να είναι επηρεασμένο. Συνιστάται το θετικό ή το υψηλό κινδύνου αποτέλεσμα του VERAgene να επιβεβαιώνεται με αμιοπαρακέντηση.

Πίνακας 1: Μονογονιδιακές Διαταραχές που διερευνά το VERAgene

Ανεπάρκεια 3-μεθυλο-κρωτόνυλο-CoA καρβοξυλάσης, Τύπου I
Ανεπάρκεια 3-μεθυλο-κρωτόνυλο-CoA καρβοξυλάσης, Τύπου II
Αβηταλιποπρωτεϊναιμία
Σύνδρομο αρθρογρύπωσης, νοητικής υστέρησης και κρίσεων
Αυτοσωματική υπολειπόμενη πολυκυστική νόσος των νεφρών
Σύνδρομο Bardet Biedl, Τύπου 12
β-θαλασσαιμία
Νόσος Canavan
Χορεία-ακανθοκυττάρωση
Σύνδρομο Crigler Najjar, Τύπου I
Κυστική ίωση
Θρομβοφιλία (παράγοντας V Leiden)
Ανεπάρκεια παράγοντα XI
Οικογενής δυσαιματονομία
Οικογενής Μεσογειακός πυρετός
Αναμία Fanconi (γονιδίου FANCG)
Εγκεφαλοπάθεια γλυκίνης (γονιδίου GLDC)
Νόσος αποθήκευσης γλυκογόνου, Τύπου 3
Νόσος αποθήκευσης γλυκογόνου, Τύπου 7
Σύνδρομο GRACILE
Μυοσίπδα μετά εγκλείστων σωματιών, Τύπου II
Ισοβαλερική οξυαιμία
Σύνδρομο Joubert, Τύπου 2
Συνδεσμική πομφολυγώδης επιδερμόλυση, Τύπου Herlitz
Συγγενής αμαύρωση του Leber (γονιδίου LCA5)
Υποπλασία κυττάρων του Leydig (αντίσταση στην ωχρινοτρόπο [LH] ορμόνη)
Ζωνιαία μυϊκή δυστροφία, Τύπου 2E
Λιποειδική ανεπάρκεια αφυδρογονάσης (Νόσος ως από Οσμής Ούρων Σφενδάμου , Τύπου 3)
Ανεπάρκεια λιποπρωτεϊνικής λιπάσης
Ανεπάρκεια αφυδρογονάσης του L-3-υδροξυακυλο-CoA των λιπαρών μακράς αλυσίδας
Νόσος ως από Οσμής Ούρων Σφενδάμου , Τύπου 1B
Μεθυλμαλονική οξυαιμία (γονιδίου MMAA)
Πολλαπλή ανεπάρκεια σουλφατάσης
Νευρο-ηπατοπάθεια Navajo (Σύνδρομο εξάντλησης ηπατοεγκεφαλικού μιτοχονδριακού DNA, γονιδίου MPV17)
Νευρωνική κηροειδής λιποφουσκίνωση (γονιδίου MFSD8)
Σύνδρομο θραύσης Nijmegen
Ανεπάρκεια τρανσλοκάσης της Ορνιθίνης (Σύνδρομο Υπερορνιθιναιμίας-Υπεραμμωνιαϊμίας-Ομοκπροϋλινουρίας [HHH])
Διαταραχή βιοσύνθεσης υπεροξεισωμάτων, Σύνδρομο Zellweger (γονιδίου PEX1)
Διαταραχή βιοσύνθεσης υπεροξεισωμάτων, Σύνδρομο Zellweger (γονιδίου PEX2)
Φαιλυκετονουρία
Γεφυροπαρεγκεφαλική υποπλασία, Τύπου 2E
Πικνοδυσόστωση
Ανεπάρκεια πυροσταφυλικής αφυδρογονάσης (γονιδίου PDHB)
Δυστροφία αμφιβληστροειδούς χιτών (γονιδίου RLBP1) [Βοθνιακού Κόλπου]
Μελαγχρωστική αμφιβληστροειδοπάθεια (γονιδίου DHDDS)
Σύνδρομο Sanfilippo, Τύπου D (Βλεννοπολυσακχαρίδωση IIID)
Δρεπανοκυτταρική αναμία
Σύνδρομο Sjögren-Larsson
Νόσος Tay-Sachs
Σύνδρομο Usher, Τύπου 1F

ΣΥΝΟΨΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΑΠΟΡΡΗΤΟΥ ΤΟΥ ΕΞΕΤΑΖΟΜΕΝΟΥ

Το παρόν έντυπο αποτελεί σύντομη ενημέρωση σχετικά με την πολιτική απορρήτου και παρέχει μια σύνοψη του τρόπου με τον οποίο η NIPD Genetics Public Company Ltd (NIPD) συλλέγει και επεξεργάζεται τα προσωπικά σας δεδομένα.

Είναι σημαντικό να διαβάσετε αυτήν την ειδοποίηση απορρήτου, μαζί με την πλήρη πολιτική απορρήτου, που περιέχει πιο λεπτομερείς πληροφορίες σχετικά με την επεξεργασία των δεδομένων. Αντίγραφο διατίθεται σε ηλεκτρονική μορφή από τον παραπέμποντα υγείας σας.

1. Σημαντικές πληροφορίες και ποιοι είμαστε

Η NIPD Genetics είναι η υπεύθυνη επεξεργασίας των προσωπικών σας δεδομένων και υπεύθυνη για αυτά.

Έχουμε ορίσει Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων (ΥΠΔ). Για οποιοσδήποτε απορίες σχετικά με αυτή την ειδοποίηση πολιτικής απορρήτου, ή τις πρακτικές προστασίας των δεδομένων παρακαλώ επικοινωνήστε με τον ΥΠΔ.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Όνοματεπώνυμο νομικού προσώπου: NIPD Genetics Public Company Ltd (HE 275644)

Ηλεκτρονική διεύθυνση: dpo@nipd.com

Ταχυδρομική διεύθυνση: 31 Neas Engomis Street, 2409 Engomi, Nicosia, Cyprus

Τηλέφωνο επικοινωνίας: + (357) 22266888

2. Τα δεδομένα τα οποία συλλέγουμε για εσάς

Συλλέγουμε, χρησιμοποιούμε, αποθηκεύουμε και μεταφέρουμε διάφορα είδη προσωπικών δεδομένων για εσάς ως εξής:

- Στοιχεία Ταυτότητας.
- Στοιχεία Επικοινωνίας.
- Ιατρικά/Κλινικά Στοιχεία.

3. Πώς χρησιμοποιούμε τα προσωπικά σας δεδομένα

Τα προσωπικά σας δεδομένα θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τους σκοπούς που συλλέχθηκαν και περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

- Για την καταχώρησή σας ως νέος πελάτης.
- Για τη διεξαγωγή του τεστ VERA gene και την επεξεργασία και αποστολή των αποτελεσμάτων σας.
- Για τη διαχείριση της σχέσης μας.
- Για την επικοινωνία μας σχετικά με τα αποτελέσματά σας ή για συμβουλευτικούς σκοπούς.
- Για την τιμολόγηση του παραπέμποντα υγείας.

4. Πώς μοιραζόμαστε τα προσωπικά σας δεδομένα

Μοιραζόμαστε τα προσωπικά σας δεδομένα με τον παραπέμποντα υγείας σας, προκειμένου να του γνωστοποιήσουμε τα αποτελέσματα του τεστ σας.

Ενδεχομένως να μοιραζόμαστε τα προσωπικά σας δεδομένα με παρόχους υπηρεσιών Cloud, καθώς ορισμένες πληροφορίες αποθηκεύονται σε σύστημα Cloud.

5. Διεθνείς διαβιβάσεις

Τα προσωπικά σας δεδομένα δε μεταβιβάζονται, δεν αποθηκεύονται και δεν επεξεργάζονται εκτός του Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου, εκτός εάν εσείς και ο παραπέμποντας υγείας σας βρίσκεστε εκτός του ΕΟΧ.

6. Τα νομικά σας δικαιώματα

Τα δικαιώματά σας με βάση το νόμο περί προστασίας των προσωπικών δεδομένων περιλαμβάνουν, το δικαίωμα παραλαβής αντιγράφου των προσωπικών δεδομένων, το δικαίωμα διαγραφής («δικαίωμα στη λήθη»), το δικαίωμα του περιορισμού της επεξεργασίας και το δικαίωμα καταγγελίας, ανά πάσα στιγμή, στο Γραφείο του Επιτρόπου Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων.