

**ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΕΞΕΤΑΖΟΜΕΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ  
ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ**

Ο/Η  κάτωθι  υπογράφων/ουσα  
.....,  
με ημερομηνία γέννησης ...../...../....., δηλώνω με το παρόν  
ότι ενημερώθηκα πλήρως από τον/την ιατρό μου  
κ..... ή/και από το  
προσωπικό της εταιρίας ΒΙΟΡΑΘΗ ΙΝΝΟΒΑΤΙΟΝΣ S.A., σχετικά  
με το σκοπό, την αναγκαιότητα, τη φύση και τον τρόπο  
πραγματοποίησης των διαγνωστικών εξετάσεων που θα  
διεξαχθούν από την εταιρία με επωνυμία «ΒΙΟΡΑΘΗ  
ΙΝΝΟΒΑΤΙΟΝΣ S.A., ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ-  
ΑΝΩΝΥΜΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ».

Κατόπιν ενημέρωσής μου, ο/η κάτωθι υπογράφων/ουσα,  
δηλώνω ότι δίνω τη συγκατάθεσή μου στην ανωτέρω ιατρική  
εταιρία να προχωρήσει με το κατάλληλο και αρμόδιο  
προσωπικό στη διενέργεια της/των διαγνωστικής/ών  
εξέτασης/ων, καθώς και σε κάθε άλλη ενέργεια η οποία κριθεί  
αναγκαία κατά τη διάρκεια αυτής/ών.

Επιπροσθέτως, συναινώ ρητά στην κοινοποίηση των  
αποτελεσμάτων των εξετάσεων μου στον/στην  
προαναφερθέντα/θείσα παραπέμποντα/ουσα ιατρό, με  
αποστολή στην ηλεκτρονική του διεύθυνση.

Δηλώνω ότι ..... (επιθυμώ/ δεν επιθυμώ)  
την ανώνυμη χρήση αυτών για επιστημονικές έρευνες ή  
στατιστικούς σκοπούς.

Δηλώνω ότι επιθυμώ τα αποτελέσματα των εξετάσεών μου  
**(δεν συμπληρώνεται στην περίπτωση γονιδιακού ελέγχου που  
αφορά κληρονομικότητα) :**

Να μου σταλούν στην προσωπική ηλεκτρονική μου  
διεύθυνση  
(email).....

ή

Να μου σταλούν ταχυδρομικά στη διεύθυνση  
.....,

ή

Να  παραδοθούν  στον/ην  
..... του  
....., με την επίδειξη της ταυτότητάς του,  
τον/την οποίο/α εξουσιοδοτώ με το παρόν έγγραφο.

Έχω ενημερωθεί ότι το βιολογικό μου υλικό ενδέχεται να  
αναλωθεί πλήρως για τις ανάγκες διενέργειας των  
διαγνωστικών εξετάσεων και εξουσιοδοτώ την εταιρία  
«ΒΙΟΡΑΘΗ ΙΝΝΟΒΑΤΙΟΝΣ S.A., ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ  
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ - ΑΝΩΝΥΜΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ» να επιστρέψει το  
εναπομείναν βιολογικό υλικό (εφόσον απαιτείται) στο  
.....  
.....

**(συμπληρώνεται στην περίπτωση που το βιολογικό υλικό είναι κύβος  
παραφίνης)**

Ημερομηνία: ...../...../20....

Υπογραφή:.....

F. 310-78v1

**ΕΝΤΥΠΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΠΕΡΙ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ  
ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**

Ο/Η  κάτωθι  υπογράφων/ουσα  
.....  
δηλώνω ρητά ότι τα προσωπικά μου στοιχεία είναι ακριβή και  
ότι τα διαβιβάζω στην ιατρική εταιρία με επωνυμία «ΒΙΟΡΑΘΗ  
ΙΝΝΟΒΑΤΙΟΝΣ S.A., ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ-  
ΑΝΩΝΥΜΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ», και με διακριτικό τίτλο «ΒΙΟΡΑΘΗ  
ΙΝΝΟΒΑΤΙΟΝΣ S.A.», για την επεξεργασία αυτών με σκοπό την  
παροχή σε εμένα ιατρικών υπηρεσιών, τις οποίες αιτήθηκε ο/η  
παραπέμπων/ουσα ιατρός μου .....  
..... από την άνω εταιρία,  
καθώς και την τήρηση του ιατρικού μου αρχείου σύμφωνα με  
την ιατρική νομοθεσία.

Ενημερώθηκα ότι υπεύθυνος επεξεργασίας για τα  
προσωπικά μου δεδομένα είναι η ιατρική εταιρία με επωνυμία  
«ΒΙΟΡΑΘΗ ΙΝΝΟΒΑΤΙΟΝΣ S.A., ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ  
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ - ΑΝΩΝΥΜΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ» και διακριτικό τίτλο  
«ΒΙΟΡΑΘΗ ΙΝΝΟΒΑΤΙΟΝΣ S.A.», με έδρα στο Μαρούσι Αττικής  
(Αγίου Κωνσταντίνου 50), τηλέφωνο επικοινωνίας: 210-  
6300466 και email: info@biopathinnovations.com.

Ενημερώθηκα επιπλέον, ότι τα προσωπικά μου δεδομένα  
δε θα χρησιμοποιηθούν για κανέναν άλλον σκοπό χωρίς τη  
συγκατάθεσή μου, ούτε θα διαβιβαστούν σε κανέναν τρίτο  
εντός και εκτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Ενημερώθηκα ότι τα αποτελέσματα των ιατρικών μου  
εξετάσεων, ο ιατρικός μου φάκελος, καθώς και το εναπομείναν  
γενετικό μου υλικό (DNA/RNA), φυλάσσονται κατά τρόπο  
ασφαλή από την ανωτέρω ιατρική εταιρία, σύμφωνα με την  
ισχύουσα Ιατρική Νομοθεσία και τη Νομοθεσία περί  
Προσωπικών Δεδομένων.

Ενημερώθηκα ότι μπορώ να ζητήσω από την ανωτέρω  
ιατρική εταιρία ανά πάσα στιγμή τη διόρθωση, τροποποίηση,  
τον περιορισμό της επεξεργασίας ή ακόμα και τη διαγραφή των  
προσωπικών μου δεδομένων. Αντιλαμβάνομαι ότι έχω  
δικαίωμα εναντίωσης στην επεξεργασία, καθώς και δικαίωμα  
στη φορητότητα των δεδομένων σύμφωνα με την ισχύουσα  
νομοθεσία. Επιπλέον, γνωρίζω ότι μπορώ να ανακαλέσω τη  
συγκατάθεσή μου οποιαδήποτε στιγμή, χωρίς να θιγεί η  
νομιμότητα της επεξεργασίας που βασίστηκε στη συγκατάθεση  
αυτή πριν από την ανάκλησή της και ότι έχω δικαίωμα  
καταγγελίας σε περίπτωση που αντιληφθώ ότι δεν τηρείται ο  
νόμος περί προστασίας των προσωπικών μου δεδομένων.  
Τέλος, γνωρίζω ότι μπορώ να ασκήσω τα παραπάνω  
δικαιώματά μου αρκεί να μην προσκρούει οποιοδήποτε των  
ανωτέρω στην υποχρέωση από τον νόμο που έχει η  
προαναφερθείσα εταιρία περί τήρησης του ιατρικού μου  
αρχείου.

Ημερομηνία: ...../...../20....

Υπογραφή:.....