

ՁեՎ

ԱՐՏԱՄԱՐՄՆԱՅԻՆ ԲԵՂՄՆԱՎՈՐՄԱՆ ԵՂԱՆԱԿՈՎ ՍՏԱՑՎԱԾ ԵՎ
ՉՕԳՏԱԳՈՐԾՎԱԾ ՍԱՂՄԵՐԻ ԱՆՀԱՏՈՒՅՑ ՏՐԱՄԱԴՐՄԱՆ, ՈՉՆՉԱՑՄԱՆ
ԿԱՄ ՊԱՀՊԱՆՄԱՆ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ ԳՐԱՎՈՐ ՀԱՄԱՁԱՅՆՈՒԹՅԱՆ

Քաղաք _____ «__» _____ 202_թ.

1. ՀՀ քաղաքացի _____ /ծնված՝ _____ թ., անձնագիր _____,
տրված՝ «__» _____ 20__թ. _____-ի կողմից,
հաշվառված _____ հասցեում և ՀՀ քաղաքացի _____ /ծնված՝
_____ թ., անձնագիր _____, տրված՝ «__» _____ 20__թ.. _____-ի
կողմից, հաշվառված _____, մի կողմից և _____ բժշկական
կազմակերպությունը (այսուհետ՝ կազմակերպություն), ի դեմս տնօրեն
_____, որը գործում է ընկերության կանոնադրության հիման վրա,
կնքեցինք սույն համաձայնագիրը հետևյալի մասին.

ՀՀ քաղաքացի _____ (ծնված՝ _____ թ., անձնագիր _____,
տրված՝ _____ թ. _____-ի կողմից, հաշվառված _____ հասցեով և ՀՀ
քաղաքացի _____ /ծնված՝ _____ թ., անձնագիր _____, տրված
_____ թ. _____-ի կողմից, հաշվառված _____ / (այսուհետ՝ սաղմի
դոնոր/դոնորներ) սույնով տալիս են իրենց համաձայնությունը _____
կազմակերպությունում արտամարմնային բեղմնավորման եղանակով ստացված
և չօգտագործված իրենց թվով _____ սաղմը/սաղմերը՝

1) անհատույց տրամադրել _____ կազմակերպությանը՝ դոնորական
սաղմի կարիք ունեցող զույգին կամ կնոջը (այսուհետ՝ ռեցիպիենտ) անհատույց
տրամադրելու համար

2) պահպանել կազմակերպությունում՝ _____ դրամի հատուցման
դիմաց՝ մինչև սույն համաձայնությամբ նախատեսված _____ ժամկետը:

3) ոչնչացնել

2. Ես/մենք տեղեկացված եմ/ենք և համաձայն եմ/ենք, որ սույն համաձայնության 1-ին կետի երկրորդ ենթակետով նախատեսված սաղմի պահպանման ժամկետը լրանալուց հետո՝ մեկ ամսվա ընթացքում, սաղմի պահպանման ծառայություն ստանալու մասին իմ/մեր ցանկությունն ամրագրող նոր գրավոր համաձայնություն չտալու դեպքում լիազորում եմ կազմակերպությանը՝

1) ոչնչացնել կրիոպահեստում պահպանման հանձնված սաղմը

2) անհատույց տրամադրել ռեցիպիենտին՝ սույն որոշմամբ սահմանված կարգով:

3. Քաղաքացի _____ և _____ սույնով հայտարարում եմ, որ գիտակցում եմ իրենց որոշման հետևանքները, հաստատում եմ, որ այս որոշումը կայացրել եմ կամավոր, անկաշկանդ և որևէ պահանջ չունենք _____ բժշկական կազմակերպությունից:

4. Մենք (ես) հաստատում եմ, որ՝

1) հնարավորություն ենք ունեցել իմ/մեր բժշկին ուղղել սաղմի անհատույց տրամադրման գործընթացի հետ կապված բոլոր ինձ (մեզ) հետաքրքրող հարցերը և ստանալ դրանց պատասխանները.

2) մեր բժիշկն առաջարկել է սաղմերը պահպանել, որպեսզի ապագայում հղիանալու հնարավորություն ունենանք: Ես/մենք հրաժարվել ենք ընդունել այս տարբերակը:

5. Սույն համաձայնության 1-ին կետի 1-ին ենթակետով կամ 2-րդ կետի 2-րդ ենթակետով սահմանված տարբերակը դոնորի կողմից ընտրելու դեպքում լրացվում է իրազեկման թերթիկ՝ համաձայն N 1 ձևի:

6. _____ կազմակերպությունը պարտավորվում է տնօրինել սաղմը/սաղմերը՝ ըստ քաղաքացի _____ և _____ կողմից սույն համաձայնությամբ արձանագրած կամարտահայտության, նրա/նրանց կողմից սաղմի/սաղմերի անհատույց տրամադրման դեպքում պարտավորվում է դրանք անհատույց տրամադրել ռեցիպիենտին ոչ շուտ, քան սույն համաձայնության նոտարական վավերացում ստանալու պահից հետո 3 ամիսը լրանալը՝ Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությամբ սահմանված կարգով և դեպքերում:

Սույն համաձայնությունը կազմված է հավասարազոր իրավաբանական ուժ ունեցող երկու օրինակից: Յուրաքանչյուր կողմի մոտ գտնվում է համաձայնության մեկական օրինակ:

Ձև N 1

ԻՐԱԶԵԿՄԱՆ ԹԵՐԹԻԿ

1. Մենք (ես) տեղեկացված ենք (եմ), հասկանում ենք (եմ) և համաձայն ենք (եմ), որ՝
 - 1) ես/մենք կարող ենք սույն համաձայնության նոտարական վավերացում ստանալու պահից 3 ամսվա ընթացքում հետ վերցնել իմ/մեր համաձայնությունը՝ սաղմի պահպանման ծախսերը փոխհատուցելու պայմանով.
 - 2) իմ/մեր կողմից կազմակերպությանը տրամադրած սաղմերի ցանկացած ռեցիպիենտը, կլինի անանուն և ես/մենք հնարավորություն չեն/չենք ունենա տեղեկություն ստանալ նրա անձի վերաբերյալ.
 - 3) իմ/մեր կողմից տրամադրված սաղմը/սաղմերը կմնան կազմակերպության կրիոպահեստում այնքան ժամանակ, մինչև տրամադրվի/տրամադրվեն և ներպատվաստվի/ներպատվաստվեն ռեցիպիենտին: Ես հասկանում եմ, որ իմ/մեր սաղմը/սաղմերը կարող են չդիմանալ ապաստեցման գործընթացին, չզարգանալ ապաստեցումից հետո, երբեք չներպատվաստվել, ներպատվաստումը ձախողվի և/կամ չհանգեցնի հղիության.
 - 4) իմ/մեր սաղմերն անհատույց տրամադրելուց հետո չփնտրել և չստանալ որևէ տեղեկություն իմ սաղմերի վերաբերյալ, ներառյալ տեղեկությունն այն մասին, թե երբ և արդյոք իմ սաղմերն ապաստեցվել կամ ներպատվաստվել են, ինչպես նաև դրա արդյունքը.
 - 5) վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառմամբ բժշկական օգնության և սպասարկման ընթացքում ձեռք բերված իմ/մեր մասին բոլոր տեղեկությունները համարվում են բժշկական գաղտնիք և ենթակա են պահպանման «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» օրենքով սահմանված կարգով, իմ/մեր բժիշկը/բժիշկներն առանց իմ/մեր համաձայնության

չեն բացահայտի ոչ իմ/մեր ինքնությունը, ոչ էլ իմ/մեր հատուկ բժշկական կամ հոգեբանական տվյալները.

6) իմ/մեր անձնական տվյալների, այդ թվում ոչ հանրամատչելի (հանրային ծառայությունների համարանիշ, հեռախոսահամար, բնակության վայր), պաշտպանությունը կազմակերպության կողմից պետք է ապահովվի «Անձնական տվյալների պաշտպանության մասին» օրենքով սահմանված կարգով.

7) կազմակերպությունը տրամադրի իմ/մեր բժշկական պատմության մասին տեղեկություն պոտենցիալ ռեցիպիենտին և 'նրա/նրանց բժիշկներին' առանց անձնական տվյալների բացահայտման:

2. Մենք (ես) հրաժարվում եմք (եմ)

իմ/մեր սաղմերն օգտագործելու կամ դրանց վերաբերյալ որոշումներ կայացնելու բոլոր իրավունքներից: Եթե մեկ այլ գույգի կողմից իմ/մեր կրիոպահպանված սաղմերի օգտագործումը հանգեցնի երեխայի ծննդի, ես/մենք հրաժարվում եմք երեխայի նկատմամբ բոլոր իրավունքներից և պահանջներից:

3. Մենք (ես) համաձայն եմք (եմ),

որ իմ/մեր կողմից տրամադրված սաղմից/սաղմերից ծնված երեխան/ երեխաները պետք է լինեն նրանց ծնող և/կամ դաստիարակությունն ստանձնող գույգի/կնոջ օրինական երեխաները:

4. Ես/մենք հաստատում եմք, որ

ես/մենք կարդացել եմ այս ձևը, լիովին հասկանում եմ դրա բովանդակությունը, ունեցել եմ ցանկացած հարց տալու հնարավորություն, և որ իմ/մեր բոլոր հարցերին տրվել են ինձ/մեզ բավարարող պատասխաններ:

Քաղաքացի _____

(ԱԱՀ, անձնագրի N, ստորագրություն)

Քաղաքացի _____

(ԱԱՀ, անձնագրի N, ստորագրություն)

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ
ՎԱՐՉԱՊԵՏԻ ԱՇԽԱՏԱԿԱԶՄԻ
ՂԵԿԱՎԱՐ

Ա. ՀԱՐՈՒԹՅՈՒՆՅԱՆ