



CLIENT ENROLLMENT AGREEMENT AND INFORMED CONSENT – CORD BLOOD

This agreement provides for the collection and storage of your child's cord blood stem cells for an indefinite period.

ASSUREIMMUNE RESPONSIBILITIES

AssureImmune, LLC will process your child's umbilical cord blood stem cells (UCBSC). We will then store them in liquid nitrogen and make them available to your child when needed for future medical use. We will provide you with written confirmation that your child's UCBSC have been successfully processed and stored.

AssureImmune will make every effort to safeguard your child's UCBSC including, but not limited to providing automatic generator backup during power failures, maintaining security with monitored alarm systems and video cameras, and controlling and monitoring the cryopreservation equipment. Upon withdrawal, AssureImmune will prepare the UCBSC according to industry standards for shipment.

AssureImmune will maintain the privacy of your and your child's Protected Health Information (PHI). PHI is information about you or your child, including demographic information, that may identify you and that relates to your past, present or future physical or mental health or condition and related health care services. AssureImmune will not disclose your or your child's personal information to any third party except as follows:

- a. We may use or disclose your or your child's PHI to a physician providing treatment to you.
- b. We may use and disclose your or your child's PHI in connection with our services and operations. These activities include, but are not limited to, providing customer services, responding to complaints and questions from you, or providing care and service coordination. We may also in our operations disclose PHI to agents who assist AssureImmune with a collecting, testing, or preservation activity.
- c. We may disclose your or your child's PHI to a family member, other relative, close personal friend, or legal representative that you authorize in writing when the PHI is directly relevant to that person's involvement in your child's care or payment related to their care. If you give us an authorization, you may withdraw it in writing at any time. Your withdrawal will not affect any use or disclosures permitted by your authorization while it was in effect.
- d. We will not disclose the result of any communicable disease screening test, unless the disclosure is required by law, the disclosure is to you, or you authorize us in writing to disclose the results to your physician.

CONTRATTO DI EROGAZIONE SERVIZI E CONSENSO INFORMATO – SANGUE DEL CORDONE OMBELICALE

Il presente contratto regola la raccolta e la conservazione delle cellule staminali derivanti dal sangue del cordone ombelicale del Suo bambino per un periodo di tempo indeterminato.

RESPONSABILITÀ DI ASSUREIMMUNE

AssureImmune, LLC sottoporrà a trattamento le cellule staminali derivanti dal sangue del cordone ombelicale (Umbilical Cord Blood Stem Cells-UCBSC) del Suo bambino. In seguito provvederà alla conservazione delle stesse nell'azoto liquido e le metterà a disposizione del Suo bambino qualora ne abbia bisogno per un utilizzo terapeutico futuro. Le fornirà una conferma scritta del fatto che le UCBSC del Suo bambino sono state trattate e conservate correttamente.

AssureImmune si impegnerà a custodire e salvaguardare le UCBSC di Suo figlio attraverso ogni mezzo possibile, inclusa, ma non limitatamente a, la predisposizione di un generatore d'emergenza automatico previsto per i guasti all'alimentazione e di sistemi di allarme monitorati e video camere, nonché effettuando un adeguato controllo e monitoraggio dell'apparecchiatura per la crioconservazione. Ove venisse richiesto il ritiro delle UCBSC, AssureImmune predisporrebbe ed invierebbe le stesse conformemente agli standard industriali di spedizione.

AssureImmune manterrà la privacy sulle Sue *Protected Health Information* (PHI) (Informazioni Sanitarie Protette) e su quelle di Suo figlio. Le PHI sono informazioni relative a Lei o a Suo figlio, quali informazioni demografiche che possano identificare Lei e quanto attiene alla Sua salute o condizione mentale e fisica passata, presente e futura o ai relativi servizi sanitari erogati. AssureImmune non divulgherà le Sue informazioni personali o quelle di Suo figlio a terzi salvo nei seguenti casi:

- a. Potrebbe risultare necessario utilizzare o divulgare le Sue PHI o quelle di Suo figlio al Suo medico curante.
- b. Potrebbe risultare necessario utilizzare o divulgare le Sue PHI o quelle di Suo figlio in relazione ai nostri servizi o operazioni. Tali attività includono, ma non sono limitate a, la fornitura di servizi di assistenza per rispondere a reclami o domande da parte vostra o alla fornitura di attività di coordinamento in termini di servizi o assistenza. Durante la nostra attività potrebbe risultare necessario, inoltre, divulgare le Sue PHI a collaboratori che assistono AssureImmune nelle attività di raccolta, analisi o conservazione.
- c. Potrebbe risultare necessario utilizzare o divulgare le Sue PHI o quelle di Suo figlio ad un familiare, parente, amico o altro rappresentante legale da Lei autorizzato per iscritto, qualora le Sue PHI fossero direttamente attinenti al coinvolgimento di quella persona relativamente alla salute del bambino o al pagamento delle relative cure mediche dello stesso. Ove dovesse fornirci detta autorizzazione, potrebbe revocarla per iscritto in qualunque momento. La revoca della citata autorizzazione non avrà effetto retroattivo e pertanto non inficerà alcun utilizzo della Sua autorizzazione durante il periodo di validità della stessa.



CLIENT ENROLLMENT AGREEMENT AND INFORMED CONSENT – CORD BLOOD

After acquiring the information submitted by the person in charge of processing confidential data in compliance with art. 13 of the legislative decree n° 196/2003, and aware, in particular, that data processing shall regard confidential information under art. 4 paragraph 1 letter d) as well as art. 26 of the Legislative Decree 196/2003, you consent to processing your data required to perform the operations indicated in the information data sheet and authorize AssureImmune to anonymously disclose such confidential information regarding your state of health and the health of your baby, for therapeutic purposes, or according to the requirements of the applicable regulations.

Additional tests on maternal blood- The Italian regulation requires the following tests be performed on your blood: **Hepatitis B** (surface and nucleus antibodies), **Hepatitis C**, **Cytomegalovirus (CMV)**, **HIV 1 and 2** (antibodies for human immunodeficiency virus), **HTLV 1 and 2** (Human T-lymphotropic virus type 1) **Syphilis** (RPR Test). Such analysis shall be performed over the last month of pregnancy in a certified Italian centre. The same analysis shall be repeated after 6 months as of date of delivery. Costs regarding such additional analysis are not included in the price.

AssureImmune will dispose of any byproducts resulting from the processing of your child's UCBSC at our sole discretion.

CLIENT RESPONSIBILITIES

You will truthfully and thoroughly complete the medical information questionnaire and disclose your complete medical history so that AssureImmune can accurately determine the impact, if any, on the future use of your child's UCBSC.

It is your responsibility to notify your obstetrician or health care provider that you wish to have your child's cord blood collected. You will bring your collection kit with you to the hospital or birthing facility and will ship the cord blood collection and your blood sample to AssureImmune according to the instructions that will be provided with the kit.

CONTRATTO DI EROGAZIONE SERVIZI E CONSENSO INFORMATO – SANGUE DEL CORDONE OMBELICALE

d. Non divulgheremo i risultati di alcun test di screening relativo ad una malattia trasmissibile, salvo il caso in cui ciò sia previsto dalla Legge, oppure il caso in cui Lei stessa renda noti tali risultati o ci autorizzi per iscritto a divulgare gli stessi al Suo medico.

Acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003, e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" di cui all'art.4 comma 1 lett. d), nonché art. 26 del D.lgs.196/2003, Lei presta il suo consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa ed autorizza AssureImmune alla divulgazione in forma anonima dei dati sensibili riguardante la Sua salute e quella del Suo bambino, per fini terapeutici, o secondo le necessità delle normative applicabili.

Analisi aggiuntive sul sangue materno- La normativa italiana richiede che sul Suo sangue vengano realizzate le seguenti analisi: Epatite B (anticorpi superficie e nucleo), Epatite C, Citomegalovirus(CMV), HIV 1 e 2 (anticorpi per il virus di immunodeficienza umana), HTLV 1 e 2 (virus linfotropico delle cellule T umane tipo I), Sifilide (Prova RPR). Tali analisi devono essere effettuate nell'ultimo mese di gravidanza in un centro accreditato Italiano. Le stesse analisi dovranno essere ripetute trascorsi 6 mesi dalla data del parto. Il costo di queste analisi aggiuntive non e' incluso nel prezzo dei nostri Servizi.

AssureImmune disporrà di tutti i sottoprodotti risultanti dal trattamento delle UCBSC di Suo figlio a sua propria esclusiva discrezione.

RESPONSABILITÀ DEL CLIENTE

Lei compilerà in modo veritiero ed accurato il questionario medico rendendo nota la propria completa anamnesi in modo tale che AssureImmune possa accuratamente valutarne l'effetto, ove vi sia, sul futuro utilizzo delle UCBSC di Suo figlio.

È Sua responsabilità informare l'ostetrico o un altro operatore sanitario designato che Lei desidera che il sangue del cordone ombelicale di Suo figlio venga prelevato. Lei porterà con sé il kit di raccolta in ospedale o in altra struttura con reparto di ostetricia e invierà la sacca contenente il sangue del cordone ombelicale, nonché un campione del Suo sangue, ad AssureImmune secondo le indicazioni che saranno fornite all'interno del Kit.



AssureImmune™
Your cells today. Your chance tomorrow.™

**CLIENT ENROLLMENT AGREEMENT
AND INFORMED CONSENT – CORD BLOOD**

You will notify AssureImmune of any changes in your contact information, including address and phone number. It is also your responsibility to inform us when you have changed your authorized representative who will make decisions for you in the event you are incapacitated.

In the event that your child's physician determines that their UCBSC are needed for a stem cell transplant or treatment, you or your legally authorized representative must provide AssureImmune with a written request from the physician to prepare and ship the UCBSC to the appropriate licensed facility. In this case, AssureImmune will take care of the shipping expenses.

You assume the risk of loss or damage to your child's cells if you elect to remove them from storage at AssureImmune and transfer them to another facility.

FEES

Services fees cover the cost of all collection materials, cord blood processing, testing and 25 years of cryopreservation.

Pricing is set forth in Exhibit A, including non-refundable fees. You will receive a statement of charges from AssureImmune listing all fees. If you choose to charge your services and storage fees to a credit card, AssureImmune will seek authorization from your credit card company in advance of the collection.

AssureImmune will charge partial processing fees and/or provide refunds in the event of the following:

- a. If you elect to terminate this agreement after the collection kit has been shipped, a fee will be charged to cover the costs of the kit and administrative costs including medical eligibility review.
- b. If the mother's infectious disease test results for HIV, Hepatitis B, or Hepatitis C are positive, or AssureImmune is not able to process your child's stem cells for any reason, AssureImmune will not store your child's UCBSC, and you will be charged a fee to cover the costs of the kit and administrative costs.

**CONTRATTO DI EROGAZIONE SERVIZI E CONSENSO INFORMATO –
SANGUE DEL CORDONE OMBELICALE**

Lei informerà AssureImmune relativamente a qualunque variazione delle informazioni di contatto, quali l'indirizzo e il numero di telefono. Ove questi venisse sostituito, sarebbe, inoltre, Sua responsabilità informarci sul nominativo del rappresentante autorizzato, ossia della persona che si occuperebbe di prendere qualunque decisione in Sua vece, nel caso Lei ne fosse impossibilitata.

Nel caso in cui il medico di Suo figlio stabilisse che è necessario effettuare un trapianto di cellule staminali con le UCBSC del bambino, Lei o il Suo rappresentante legalmente autorizzato dovrete fornire ad AssureImmune una richiesta scritta dal medico in cui egli richieda che le UCBSC vengano inviate ad un'adeguata struttura autorizzata. In questo caso, AssureImmune si farà carico delle spese di spedizione.

Nel caso in cui Lei decidesse di rimuovere le cellule staminali del Suo bambino dal luogo di conservazione presso AssureImmune e di trasferirle ad un'altra struttura, Lei si assumerà i rischi derivanti da tale azione (ad esempio perdita o danneggiamento di tali cellule).

Costi

I costi dei servizi includono il costo di tutti i materiali di raccolta, il trattamento del sangue del cordone ombelicale, i test e la crioconservazione del campione per 25 anni.

I prezzi sono indicati nell'Allegato A, inclusi i costi non rimborsabili. Riceverà una fattura da parte di AssureImmune in cui saranno elencati tutti i costi. Qualora decidesse di pagare le spese relative ai servizi e alla conservazione con carta di credito, prima del prelievo AssureImmune richiederà l'autorizzazione alla società che ha emesso la Sua carta di credito.

AssureImmune La addebiterà parzialmente e/o procederà ad un rimborso nei seguenti casi:

- a. Ove decidesse di rescindere il presente contratto dopo l'invio del kit di raccolta, le sarebbero addebitati i costi del kit e le spese amministrative, inclusa la revisione della Sua storia medica.
- b. Ove i test per le malattie infettive della madre, quali HIV, Epatite B o Epatite C, risultassero positivi oppure AssureImmune non potesse trattare, per qualsivoglia ragione, le cellule staminali del bambino, AssureImmune non conserverà le UCBSC del Suo bambino e a Lei sarebbero addebitati i costi del kit e le spese amministrative.



AssureImmune™
Your cells today. Your chance tomorrow.™

**CLIENT ENROLLMENT AGREEMENT
AND INFORMED CONSENT – CORD BLOOD**

**CONTRATTO DI EROGAZIONE SERVIZI E CONSENSO INFORMATO –
SANGUE DEL CORDONE OMBELICALE**

Your obstetrician, health care professional or other third party may charge you for the collection of your child's cord blood. AssureImmune is not responsible for these costs or submission of your claim to your insurance provider.

TERMINATION

If at any time you elect to terminate this agreement, you must notify AssureImmune in writing. Any unpaid portion of the services or storage fee is due within 30 days of the notification.

If you terminate this agreement without transferring your child's cells to another storage facility or if you abandon your child's cells, all rights to the stem cells will be transferred to AssureImmune and neither you nor AssureImmune will have any continuing obligations to each other.

If AssureImmune chooses not to store your child's stem cells because of the presence of an infectious disease in your blood or too low of a collection volume at the time of birth, we reserve the right to terminate this agreement. Cord blood that can not be stored may be used for research purposes with your permission.

AssureImmune may terminate this agreement upon written notice to you if, for any reason, you fail to pay any required fees within ninety (90) days of the payment due date. Upon termination of this agreement by AssureImmune for non-payment, all rights to your child's stem cells will be transferred to AssureImmune and neither you nor AssureImmune will have any continuing obligations to each other.

In the event that AssureImmune terminates this agreement for nonpayment, or in the event that you terminate this agreement for any reason, including without limitation to transfer your child's stem cells to another facility, you hereby release AssureImmune from any liability associated with such termination, including any damages associated with, or alleged to be associated with, the unavailability of your child's stem cells.

TERMS & CONDITIONS

This agreement shall be deemed to have been entered into and shall be construed and enforced in accordance with the laws of the State of Florida as applied to contracts made and to be performed entirely within Florida, without giving effect to the state's conflicts of law statute.

Il Suo ostetrico, un altro operatore sanitario o una terza parte potrebbero addebitare le spese per il prelievo del sangue del cordone ombelicale di Suo figlio. AssureImmune non si farà carico delle succitate spese, né si occuperà di presentare la richiesta di rimborso alla Sua assicurazione.

RESCISSIONE

Ove, in qualsivoglia momento, decidesse di rescindere il presente contratto, dovrà informare AssureImmune per iscritto. Tutte le rate non saldate dei servizi o le spese per la crioconservazione dovranno essere liquidate entro 30 giorni dalla data di notifica.

Qualora decidesse di rescindere il presente contratto senza, però, trasferire le cellule di Suo figlio in un'altra struttura che si occupa della conservazione di cellule staminali o decidesse di abbandonare tali citate cellule, tutti i diritti sulle stesse sarebbero trasferiti ad AssureImmune e né Lei, né AssureImmune continuereste ad essere vincolati da alcun obbligo reciproco.

Ove AssureImmune decidesse di non conservare le cellule staminali di Suo figlio in ragione della presenza di eventuali agenti infettivi nel Suo sangue o dello scarso volume di sangue cordonale raccolto al momento della nascita, AssureImmune si riserverebbe il diritto di rescindere il presente contratto. Il sangue del cordone ombelicale che non potrà essere conservato, potrà essere utilizzato a scopi di ricerca su Sua autorizzazione.

AssureImmune potrebbe rescindere il presente contratto notificandolo per iscritto ove, per qualsivoglia ragione, l'utente non riuscisse a pagare quanto dovuto entro novanta (90) giorni dalla data di scadenza del pagamento. Qualora il presente contratto fosse rescisso da AssureImmune in ragione di mancato pagamento, tutti i diritti relativi alle cellule staminali di Suo figlio sarebbero trasferiti ad AssureImmune e né Lei, né AssureImmune continuereste ad essere vincolati da alcun obbligo reciproco.

Nel caso in cui AssureImmune rescindesse il presente contratto per motivi legati al mancato pagamento, oppure nel caso in cui Lei rescindesse il presente contratto per qualsivoglia ragione, incluso, ma non limitatamente a, il trasferimento delle cellule staminali ad un'altra struttura, con il presente contratto Lei esonera AssureImmune da qualsivoglia responsabilità risultante da tale rescissione, inclusi i danni relativi a, o che si presume siano relativi alla non disponibilità delle cellule staminali del Suo bambino.

TERMINI & CONDIZIONI

Si ritiene che il presente Contratto sia stato stipulato, interpretato e che sia entrato in vigore nei termini di legge dello Stato della Florida come applicati ai contratti stipulati ed eseguiti esclusivamente in Florida, a prescindere dai conflitti legislativi dello Stato.



CLIENT ENROLLMENT AGREEMENT AND INFORMED CONSENT – CORD BLOOD

CONTRATTO DI EROGAZIONE SERVIZI E CONSENSO INFORMATO – SANGUE DEL CORDONE OMBELICALE

Any controversy, dispute or claim arising out of or related to this agreement, or the breach, termination or validity hereof, shall be settled by final and binding arbitration to be conducted by an arbitration tribunal in the State of Florida and the County of Palm Beach, pursuant to the rules of the American Arbitration Association. The arbitration tribunal shall consist of one arbitrator. The decision or award of the arbitrator shall be final, and judgment upon such decision or award may be entered in any competent court or application may be made to any competent court for judicial acceptance of such decision or award and an order of enforcement. The parties agree that the arbitrator shall have the authority to impose equitable and injunctive relief as well as to award monetary relief, as the arbitrator deems appropriate.

This agreement, together with Exhibit A which is incorporated herein by reference, constitutes the entire agreement between you and AssureImmune and supersedes all previous agreements or representations, oral or written, relating to the subject matter hereof.

This agreement may only be modified or amended in writing signed by both parties. If any provision of this agreement is held by a court of competent jurisdiction to be invalid, void or unenforceable, the remaining provisions shall nevertheless continue in full force without being impaired or invalidated in any way.

AssureImmune will have the right to assign this agreement to any partnership or corporation which is either providing a similar service or intends to provide a similar service meeting substantially the same or equivalent quality standards. The terms of this agreement shall continue in full force and effect in the event that AssureImmune is acquired or merged into another company. AssureImmune will notify you in writing should this occur.

LIMITATIONS

If the performance of any obligation under this agreement by AssureImmune is prevented, restricted, interfered with or delayed due to any cause beyond AssureImmune's reasonable control, including shipping failure, AssureImmune shall be excused from such performance.

AssureImmune is not responsible for procedures or services performed by third parties, including, but not limited to, collection, laboratory tests, courier transport, improper handling, or use during transplantation.

Qualunque controversia, lite o rivendicazione risultante da o relativa al presente Contratto, o violazione, rescissione o validità dello stesso, sarà risolta con giudizio arbitrale decisivo e vincolante da parte di un tribunale arbitrale dello Stato della Florida e della Contea di Palm Beach, secondo il regolamento dell'*American Arbitration Association*. Il tribunale arbitrale sarà costituito da un arbitro. La decisione o il lodo arbitrale sarà decisivo e la sentenza relativa a tale decisione o lodo potrà essere portata dinanzi a qualunque tribunale competente oppure l'applicazione della stessa potrà essere disposta da qualsivoglia tribunale competente che approvi legalmente tale decisione o lodo, il quale potrà anche emettere un ordine di applicazione. Le parti convengono sul fatto che l'arbitro avrà l'autorità di emettere una sentenza favorevole e un decreto ingiuntivo come pure stabilire un risarcimento in denaro, secondo quanto riterrà opportuno.

Il presente Contratto e l'Allegato A incluso nello stesso come riferimento costituiscono l'intero contratto tra Lei e AssureImmune e sostituisce tutti gli accordi e le dichiarazioni precedenti, sia orali che scritte, relative all'oggetto del presente Contratto.

Il presente Contratto può essere modificato o emendato esclusivamente per iscritto e, in tal caso, dovrà essere sottoscritto da ambo le parti. Ove una qualunque disposizione del presente Contratto fosse ritenuta da un tribunale competente non valida, nulla o inapplicabile, le restanti disposizioni continuerebbero comunque a restare in pieno vigore senza in alcun modo essere compromesse o invalidate.

AssureImmune avrà il diritto di cedere il presente Contratto a qualsivoglia società o ente che fornisca un servizio analogo o che intenda fornire un servizio analogo soddisfacendo essenzialmente i medesimi o analoghi standard di qualità. Le condizioni stabilite nel presente Contratto continueranno ad essere in pieno vigore ed effetto ove AssureImmune sia acquisita o incorporata in un'altra società. AssureImmune notificherà all'utente per iscritto ove si verifichi una simile circostanza.

LIMITAZIONI

Qualora il soddisfacimento di qualunque obbligo secondo il presente Contratto da parte di AssureImmune fosse ostacolato, limitato, intralciato o ritardato per ragioni non imputabili al controllo ragionevole di AssureImmune, inclusa la mancata spedizione, la società sarà esonerata dal soddisfacimento di tale obbligo.

AssureImmune non è responsabile delle procedure o servizi resi da terzi, inclusa, ma non limitatamente a: la raccolta, i test di laboratorio, il trasporto tramite corriere, l'errata manipolazione o lo scorretto utilizzo delle cellule staminali nel corso di un trapianto.



CLIENT ENROLLMENT AGREEMENT AND INFORMED CONSENT – CORD BLOOD

You acknowledge that neither AssureImmune nor any of its officers, directors, shareholders, executives, employees, agents or consultants have made any representations, warranties or warranties, express or implied, to you of any nature. Without limiting the generality of the foregoing, you acknowledge the following expressed disclaimers by AssureImmune:

- a. AssureImmune expressly disclaims any warranty or guaranty that your obstetrician or other healthcare provider will be able to collect your child's cord blood at the time of delivery due to health considerations or any other adverse conditions.
- b. You acknowledge that it is at AssureImmune's sole discretion to determine, upon receipt of the cord blood, if there is sufficient volume for processing or if the cord blood should be discarded for any reason such as contamination or inability to match the sample with the identity of the child.
- c. AssureImmune expressly disclaims any warranty or guaranty that the stem cells collected and stored will be of therapeutic value now or in the future.
- d. AssureImmune expressly disclaims any responsibility to give any medical advice or perform any other functions other than those explicitly provided.
- e. AssureImmune expressly disclaims any responsibility for the medical advice of any physician involved in your child's care and will not independently evaluate the medical acceptability of a physician's request on your child's behalf to utilize their stored stem cells, other than to confirm that the request is for autologous transplant.
- f. You further acknowledge that AssureImmune does not guarantee against any possible loss, deterioration, or destruction of all or any part of the stored stem cells for any reason, including, without limitation as a result of circumstances not due to any fault on the part of AssureImmune. These unforeseeable circumstances include, but are not limited to fire, power outages, a natural disaster, terrorist acts or an act of war, shipping failure, or any negligence including the loss, mishandling, or misuse by licensed professionals or the licensed facility to which the stem cells are transferred.
- g. You agree that AssureImmune's liability for any breach of its obligations or other acts or omissions in connection with this agreement is limited to the total amount you have paid to AssureImmune and AssureImmune will not be liable for any special, indirect or consequential damages, including, without limitation, damages arising under any cause of action, including contract, warranty, strict liability or tort, whether or not AssureImmune has been advised of the possibility of such damages.

Please call 001-561-750-6030 if you have any questions about this Agreement.

CONTRATTO DI EROGAZIONE SERVIZI E CONSENSO INFORMATO – SANGUE DEL CORDONE OMBELICALE

Lei conviene che né AssureImmune, né i suoi funzionari, direttori, azionisti, dirigenti, dipendenti, rappresentanti o consulenti abbiano rilasciato alcuna dichiarazione, cauzione o garanzia, esplicita o implicita di qualsivoglia natura. Senza limitare la generalità di quanto sopra, Lei riconosce le seguenti clausole di esclusione di responsabilità da parte di AssureImmune:

- a. AssureImmune nega espressamente ogni garanzia che l'ostetrico o altro operatore sanitario saranno in grado di prelevare il sangue del cordone ombelicale del Suo bambino al momento della nascita in presenza di particolari ragioni di ordine sanitario o per altre condizioni sfavorevoli.
- b. Lei conviene che sarà ad esclusiva discrezione di AssureImmune il determinare, al momento del ricevimento del sangue del cordone ombelicale, se esso sia presente in quantità sufficiente per poter essere processato o se esso dovrà essere rifiutato per ragioni quali la contaminazione del campione o l'impossibilità di associare il campione di sangue all'identità del bambino.
- c. AssureImmune nega espressamente qualunque garanzia che le cellule staminali raccolte e crioconservate avranno valore terapeutico adesso o in futuro.
- d. AssureImmune nega espressamente qualunque responsabilità relativa al fatto di fornire consigli medici o rendere servizi diversi da quelli esplicitamente stabiliti nel presente Contratto.
- e. AssureImmune nega espressamente qualunque responsabilità relativa a consigli medici espressi da qualunque medico coinvolto nella cura di Suo figlio e non valuterà autonomamente l'accettabilità medica della richiesta, proveniente da parte di un medico per conto di Suo figlio, di utilizzare le cellule staminali crioconservate, e si limiterà a confermare che la richiesta è avanzata per scopi di trapianto autologo.
- f. Lei, inoltre, conviene che AssureImmune non garantisce contro eventuali perdite, danneggiamenti o distruzione di tutte o parte delle cellule staminali crioconservate per qualsivoglia ragione dovuta a circostanze non imputabili ad errori da parte di AssureImmune. Dette circostanze imprevedibili includono, ma non si limitano a, incendi, interruzioni di corrente, calamità naturali, attacchi terroristici o guerre, consegne non andate a buon fine o qualunque negligenza che includa perdita, manipolazione o utilizzo scorretti da parte di professionisti autorizzati o struttura autorizzata in cui siano state trasferite le cellule staminali.
- g. Lei conviene che la responsabilità di AssureImmune per qualsivoglia violazione dei propri obblighi o altra condotta o omissioni relative al presente Contratto è limitata all'importo complessivo che Lei ha corrisposto ad AssureImmune e che quest'ultima non sarà passibile di alcun danno speciale, indiretto o consequenziale, inclusi, ma non limitatamente a, i danni risultanti da qualunque fondamento d'azione, quali contratti, garanzie, responsabilità oggettiva o torto, sia che AssureImmune sia stata informata o meno sull'eventualità di detti danni.

Chiamare 001-561-750-6030 per qualunque domanda relativa al presente Contratto.



AssureImmune™

Your cells today. Your chance tomorrow.™

**CLIENT ENROLLMENT AGREEMENT
AND INFORMED CONSENT – CORD BLOOD**

**CONTRATTO DI EROGAZIONE SERVIZI E CONSENSO INFORMATO –
SANGUE DEL CORDONE OMBELICALE**

I have reviewed the Client Enrollment Agreement and Informed Consent, Exhibit A, and other information provided by AssureImmune, LLC and desire to obtain cord blood stem cell collection services and storage of my child’s stem cells for an indefinite period of time.

Ho esaminato il Contratto di Erogazione Servizi e Consenso Informato, l’Allegato A, e le altre informazioni fornite da AssureImmune, LLC e desidero usufruire dei servizi di raccolta e conservazione delle cellule staminali di mio figlio per un periodo di tempo indeterminato.

_____(initial/iniziali)

I have reviewed the section relating to the use of my and my child’s Protected Health Information and agree to the terms.

Ho esaminato il paragrafo relativo all’utilizzo delle Informazioni Sanitarie Protette (Protected Health Information-PHI) mie e di mio figlio e accetto le condizioni in esso contenute.

_____(initial/iniziali)

I consent to having my blood collected and a sample of my blood tested for infectious diseases.

Acconsento al prelievo del mio sangue e all’analisi di un campione dello stesso per verificare l’eventuale presenza di malattie infettive.

_____(initial/iniziali)

I authorize AssureImmune to release positive results to my physician named below (optional).

Autorizzo AssureImmune a rilasciare i risultati positivi al mio medico di cui riporto il nome di seguito. (facoltativo).

Name/Nome _____

Phone Number/Numero di telefono _____

I consent to donating my child’s cord blood to research if AssureImmune is unable to store the stem cells due to the presence of an infectious disease in my blood or too low of a collection volume (optional).

Acconsento a donare il sangue del cordone ombelicale di mio figlio a scopo di ricerca ove AssureImmune non possa conservare le cellule staminali a causa della presenza di malattie infettive nel mio sangue o a causa del volume di raccolta insufficiente (facoltativo).

_____(initial/iniziali)

I authorize the medical professionals attending the birth of my child to collect the cord blood.

Autorizzo lo staff medico che si occuperà della nascita di mio figlio a prelevare il sangue del cordone ombelicale.

_____(initial/iniziali)

I authorize the following representative to make decisions for me regarding the withdrawal and disposition of my child’s stem cells in the event I am incapacitated.

Autorizzo il seguente rappresentante (*specificare di seguito Cognome e Nome del rappresentante:* _____) a prendere decisioni per mio conto relative al ritiro e disposizione delle cellule staminali di mio figlio in caso fossi dichiarata incapace.

_____(initial/iniziali)

I have been given the opportunity to ask any questions I may have and all such questions have been answered to my satisfaction. I certify that all the information I have provided to AssureImmune is true and correct.

Mi è stata data la possibilità di porre domande e mi è stata in seguito fornita una risposta esauriente per ciascuna eventuale domanda da me posta. Dichiaro che tutte le informazioni da me fornite ad AssureImmune sono veritiere e corrette

_____(initial/iniziali)

Signature of Client/ Firma del Cliente **Date/Data**

Printed Name of Client/Nome del cliente in stampatello

AssureImmune, LLC Signature **Date**

Connie Araps, Ph.D., V.P Strategic Planning & Bus. Dev.

**CONTRATTO DI EROGAZIONE SERVIZI E CONSENSO INFORMATO – SANGUE DEL CORDONE OMBELICALE
 ALLEGATO A**
PROSPETTO DEI COSTI
Costi Amministrativi e Kit di Raccolta (onere non rimborsabile, da versare al momento della sottoscrizione del contratto)

<i>Non Rimborsabile</i>	<i>Prezzo</i>
Per Kit	Euro 250

Deposito di Euro 200 (da versare al momento della sottoscrizione del contratto) per eventuale utilizzo corriere alternativo in caso di nascita tra il Giovedì dopo le ore 12.00 e la Domenica entro le ore 18.00 o durante un giorno festivo*

<i>Rimborsabile in caso di mancato utilizzo del corriere alternativo</i>	<i>Prezzo</i>
Deposito	Euro 200

Processamento e Crioconservazione delle Cellule Staminali del Cordone Ombelicale per 25 anni

<i>Tipo di Parto</i>	<i>Sconto</i>	<i>Prezzo</i>
Parto singolo	n/a	Euro 2100
Parto gemellare (per il secondo gemello)	40%	Euro 1260

* In caso di nascita del/la Bambino/a nel periodo compreso tra il Giovedì dopo le ore 12.00 e la Domenica entro le ore 18.00 o in un giorno festivo, al fine di minimizzare i tempi di trasporto del campione dall'Italia agli U.S.A., verrà utilizzato un corriere specializzato attivo anche nel fine settimana e nei festivi. Il costo aggiuntivo per tale corriere è di Euro 200. In caso di mancato utilizzo di tale corriere, il Cliente verrà rimborsato dei suddetti 200 Euro.