

Uwaga! Przed przystąpieniem do rejestracji jako dawca komórek krwiotwórczych w **Dolnośląskim Banku Dawców Komórek Krwiotwórczych** bardzo proszę **upewnić się czy wcześniej nie zarejestrowałeś/aś się w ośrodku dawców szpiku lub podczas akcji wyjazdowych**. Ośrodki rekrutujące dawców szpiku przekazują dane dawców do wspólnej, ogólnopolskiej bazy Centralnego Rejestru Niespokrewnionych Potencjalnych Dawców Szpiku i Krwi Pępowinowej. **Należy rejestrować się tylko w jednym ośrodku**, aby wyniki przeszukiwania bazy dawców szpiku nie dawały zafatshowanego obrazu co do liczby potencjalnych dawców. Jeśli nie jesteś pewien czy jesteś zarejestrowany/a w bazie dawców szpiku prosimy o kontakt pod numer telefonu: **(+48) 782 999 729** lub e-mail: ods@dcopih.pl, po podaniu numeru PESEL będziemy mogli sprawdzić czy widniejesz w bazie, a tym samym ustalimy czy jest potrzeba rejestracji.

ZGŁOSZENIE NA POTENCJALNEGO DAWCĘ SZPIKU / KOMÓREK KRWIOTWÓRCZYCH KRWI OBWODOWEJ

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

D	D	M	M	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---

Miejsce ur:

Adres:

ulica/jeśli nie ma ulicy miejscowość	nr domu	nr lokalu	miejscowość
kod pocztowy	miejscowość	województwo	

Tel.:

E-mail:

dane dobrowolne

Grupa krwi:

dane dobrowolne

PESEL:

Etniczność:

dane dobrowolne

Dodatkowy adres

kontaktowy:

(rodzina, przyjaciele)

(*) – *dane dobrowolne**dane dobrowolne*

Czy kiedykolwiek rejestrowałeś się jako dawca szpiku/komórek krwiotwórczych z krwi obwodowej (w ośrodku dawców szpiku lub podczas akcji wyjazdowych)?

 TAK NIE

Jeśli odpowiedź: **TAK**, wstrzymaj się z procedurą rejestracji, najprawdopodobniej jesteś już potencjalnym dawcą komórek krwiotwórczych /szpiku, w razie wątpliwości zapraszamy do kontaktu: tel. **782 999 729**, e-mail: ods@dcopih.pl

Potwierdzam gotowość ochotniczego dawstwa szpiku / komórek krwiotwórczych krwi obwodowej.

 TAK NIE

ZGODA NA POBRANIE I WYKORZYSTANIE MATERIAŁU DO BADAŃ

- Zostałem(am) poinformowany(a) o celowości, rodzaju prowadzonych badań i procedur oraz możliwych konsekwencjach i powikłaniach przy ich wykonaniu.
- Rozumiem, że pobrany materiał biologiczny zawiera materiał genetyczny i może być wykorzystany w ramach opracowań naukowych oraz do celów statystycznych (art. 9 ust. 2 lit. j RODO)
- Niniejszym wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na pobranie próbki krwi/materiału biologicznego w ilości potrzebnej do wykonania badań genetycznych w układzie zgodności tkankowej i innych genetycznych cech polimorficznych w ramach procedur poszukiwania i doboru allogenicznego dawcy komórek krwiotwórczych. TAK NIE

- Zgadzam się na wykorzystanie mojego materiału genetycznego (DNA, RNA) do badań naukowych z zakresu immunogenetyki prowadzonych w Dolnośląskim Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii bez ingerencji w materiał genetyczny prowadzących do powstania komórek o trwale zmienionym materiale genetycznym przy zapewnieniu poufności moich danych osobowych.

- Wyniki tych badań będą stanowić anonimową część zbioru danych. TAK NIE

- Zostałem(am) poinformowany(a) o przysługującym mi prawie do odmowy udzielenia zgody i do wycofania zgody w formie pisemnej w każdym momencie, bez podania przyczyny i bez negatywnych konsekwencji prawnych w postaci jakiegokolwiek dyskryminacji, w tym w zakresie prawa do opieki zdrowotnej. TAK NIE

Data

Czytelny podpis dawcy.....

Informacja o chorobach zakaźnych dla dawców komórek krwiotwórczych/limfocytów:

O czym musisz wiedzieć przed oddaniem komórek krwiotwórczych/limfocytów do procedury DLI :

Dawcą komórek krwiotwórczych/limfocytów nie może być osoba zakażona bakterią **kiły**, **wirusem HIV** oraz **wirusem żółtaczk** **zakaźnej typu B lub C**. Jeżeli zostanie potwierdzona u Pana/Pani chociaż jedna z wyżej wymienionych infekcji, należy niezwłocznie poinformować nas o tym, ponieważ w takiej sytuacji nie będzie Pan/Pani mógł zostać zakwalifikowany jako dawca komórek krwiotwórczych/limfocytów. Jednocześnie trzeba pamiętać, że przy każdej infekcji, od momentu zakażenia do chwili, gdy staje się możliwe wykrycie jej drogą badań laboratoryjnych, upływa pewien czas. W tym okresie, w żadnym wypadku nie wolno oddawać komórek krwiotwórczych/limfocytów, ponieważ mogą być one źródłem zakażenia, chociaż testy laboratoryjne są jeszcze ujemne.

Zachowanie/tło wysokiego ryzyka, dotyczy osób, które:

1. współżyły bez zabezpieczenia lub współżyły analnie z wieloma partnerami (z większym ryzykiem u mężczyzn uprawiających stosunek seksualny z wieloma mężczyznami);
2. utrzymują/utrzymywały kontakty seksualne w celu zarobkowym;
3. stosowały wcześniej lub stosują obecnie narkotyki lub inne środki nieprzepisane przez lekarza w postaci zastrzyków;
4. miały kontakt seksualny z osobami z grup wysokiego ryzyka (zgodnie z punktami 1 – 3) albo z osobami, u których testy w kierunku bakterii kiły lub wirusa HIV, żółtaczk zakaźnej typu B lub C wypadły dodatnio.

Zdajemy sobie sprawę, że zadając te pytania wkraczamy w Pana/Pani sferę prywatną, jakkolwiek nawet niewielkie już ryzyko przeniesienia infekcji poprzez krew/materiał przeszczepowy można jeszcze zmniejszyć jedynie wtedy, gdy będąc dawcą, dokładnie przemyśli Pan/Pani opisane tu sytuacje i skrupulatnie odpowie na postawione pytania. Jednocześnie chcemy podkreślić, że zebrane w poniższej ankiecie dane będą traktowane w pełni poufnie. **Dziękujemy za współpracę.**

ANKIETA POTENCJALNEGO DAWCY SZPIKU / KOMÓREK KRWIOTWÓRCZYCH KRWI OBWODOWEJ/LIMFOCYTÓW TAK NIE

1. Czy przeczytał/a Pan/Pani i zrozumiał/a Pan/Pani znajdującą się powyżej „Informację o chorobach zakaźnych dla dawców komórek krwiotwórczych/limfocytów?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Czy był/a Pan/Pani narażony/a na ryzyko zakażenia (patrz informacja powyżej)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Czy jest Pan/Pani krwiodawcą? Jeżeli tak, to proszę podać datę (może być tylko miesiąc/rok) dawstwa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Czy kiedykolwiek zalecono Panu/Pani rezygnację z oddawania krwi? jeśli tak, to z proszę podać datę i przyczynę:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Czy czuje się Pan/Pani obecnie zdrowy/a ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy zażywane były leki przeciw: przerostowi prostaty np. Proscar®, trądzikowi, np. Roaccutan®, łysieniu, np. Propecia®. Jeżeli tak to jakie?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Czy kiedykolwiek stosował/a Pan/Pani leki domięśniowo lub dożylnie nieprzepisane przez lekarza np. nielegalne sterydy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Czy jest lub był/-a Pan/Pani uzależniony/-a od leków, narkotyków lub innych substancji psychoaktywnych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Czy zauważył/a Pan/Pani u siebie następujące objawy (zaznaczyć krzyżyk w kwadracie w przypadku twierdzącej odpowiedzi): <input type="checkbox"/> nieuzasadniony spadek ciężaru ciała; <input type="checkbox"/> nieuzasadnioną gorączkę; <input type="checkbox"/> powiększenie węzłów chłonnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Czy choruje bądź chorował/a Pan/Pani na jedno z niżej wymienionych schorzeń, ewentualnie odczuwa lub odczuwał/a niżej wymienione dolegliwości? Jeśli tak to jakie i kiedy, czy są leczone? (zaznaczyć krzyżyk w kwadracie w przypadku twierdzącej odpowiedzi) <input type="checkbox"/> choroby układu krążenia/nadciśnienie, itp.; <input type="checkbox"/> zawał serca; <input type="checkbox"/> duszność; <input type="checkbox"/> inne dolegliwości ze strony serca <input type="checkbox"/> udar mózgu; <input type="checkbox"/> padaczka; <input type="checkbox"/> zapalenie opon mózgowo- rdzeniowych; jeżeli tak, to kiedy?..... <input type="checkbox"/> choroby skóry; <input type="checkbox"/> wypryski/wysypka; <input type="checkbox"/> uczulenia; <input type="checkbox"/> katar sienny; <input type="checkbox"/> astma; <input type="checkbox"/> tłuszczycyca; <input type="checkbox"/> choroby autoimmunologiczne; <input type="checkbox"/> choroby układowe (np. kolagenozy) jeżeli tak, to kiedy?..... <input type="checkbox"/> cukrzyca; <input type="checkbox"/> choroby krwi; <input type="checkbox"/> choroby naczyń krwionośnych w tym zakrzepica lub zapalenie żył; <input type="checkbox"/> choroby nerek; <input type="checkbox"/> choroby przewodu pokarmowego, w tym choroba Leśniowskiego-Crohna; <input type="checkbox"/> choroby płuc; <input type="checkbox"/> przedłużone krwawienia; <input type="checkbox"/> gorączka reumatyczna; <input type="checkbox"/> choroby tarczycy lub inne zaburzenia endokrynologiczne; <input type="checkbox"/> dyskopatia; <input type="checkbox"/> choroby kręgosłupa; <input type="checkbox"/> zapalenie szpiku kostnego; <input type="checkbox"/> choroby psychiczne w tym depresja; <input type="checkbox"/> ostre kłębuszkowe zapalenie nerek; <input type="checkbox"/> nowotwór; <input type="checkbox"/> jaskra; <input type="checkbox"/> odklejenie siatkówki; <input type="checkbox"/> choroby wątroby, w tym marskość wątroby; jeżeli tak, to kiedy?..... <input type="checkbox"/> kiła; <input type="checkbox"/> rzeżączka; <input type="checkbox"/> toksoplazmoza; <input type="checkbox"/> bruceloza; <input type="checkbox"/> gruźlica; <input type="checkbox"/> mononukleozą zakaźną; <input type="checkbox"/> borelioza jeżeli tak, to kiedy?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TAK NIE

<input type="checkbox"/> AIDS; <input type="checkbox"/> gorączka Q; <input type="checkbox"/> gorączka Zachodniego Nilu; <input type="checkbox"/> tyfus; <input type="checkbox"/> choroba Chagasa; <input type="checkbox"/> babeszjoza; <input type="checkbox"/> malaria jeżeli tak, to kiedy?..... <input type="checkbox"/> ospa wietrzna; <input type="checkbox"/> półpasiec; <input type="checkbox"/> cytomegalia; <input type="checkbox"/> leiszmanioza (choroba Kala-Azar); <input type="checkbox"/> trąd; <input type="checkbox"/> opryszczka wargowa; <input type="checkbox"/> opryszczka narządów płciowych Jeżeli tak to jakie i kiedy, czy są leczone?.....				
11. Czy mieszkał/a Pan/Pani lub przebywał/a czasowo na terenach endemicznego występowania malarii lub innych chorób tropikalnych? Jeżeli tak to jakie i w jakich regionach.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
12. Czy kiedykolwiek otrzymał/a Pan/Pani transfuzję krwi ? Jeżeli tak, kiedy, ile razy i jakie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
13. Czy kiedykolwiek otrzymał/a Pan/Pani produkty z osocza np. czynniki krzepnięcia, immunoglobuliny? Jeżeli tak, kiedy, ile razy i jakie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
14. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy Pan/Pani: (zaznaczyć krzyżyk w kwadracie w przypadku twierdzącej odpowiedzi) <input type="checkbox"/> ciężko chorował/-a; <input type="checkbox"/> miał/-a wypadek; <input type="checkbox"/> miał/-a zabieg operacyjny; <input type="checkbox"/> szcicie chirurgiczne Jeżeli tak, to jak/-i i kiedy?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
15. Czy kiedykolwiek był/a Pan/Pani biorcą przeszczepu (np. rogówki, opony twardej lub innych tkanek) ? Jeżeli tak, kiedy i w jakich ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
16. Czy kiedykolwiek otrzymał/a Pan/Pani wyciąg z ludzkiej przysadki mózgowej lub ludzki hormon wzrostu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
17. Czy ktokolwiek z Pana/Pani rodziny cierpi lub cierpiał na (zaznaczyć krzyżyk w kwadracie w przypadku twierdzącej odpowiedzi) <input type="checkbox"/> chorobę Creutzfeldta-Jakoba /gąbczaste zwyrodnienie mózgu; <input type="checkbox"/> białaczki; <input type="checkbox"/> chłtoniaki, <input type="checkbox"/> szpiczaki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
18. Czy jest Pan/Pani uczulona/-y na lateks?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
19. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy wykonywano u Pana/Pani (zaznaczyć krzyżyk w kwadracie w przypadku twierdzącej odpowiedzi): <input type="checkbox"/> depilację kosmetyczną; <input type="checkbox"/> przekucie uszu lub innych części ciała; <input type="checkbox"/> makijaż permanentny-trwały; <input type="checkbox"/> liposukcję; <input type="checkbox"/> tatuaż; <input type="checkbox"/> akupunkturę; <input type="checkbox"/> zabieg kosmetyczny z naruszeniem powłok skórnych; <input type="checkbox"/> zabieg endoskopowy; <input type="checkbox"/> gastroskopię; <input type="checkbox"/> bronchoskopię; <input type="checkbox"/> rektoskopię; <input type="checkbox"/> kolonoskopię; <input type="checkbox"/> artroskopię; <input type="checkbox"/> laparoskopię; <input type="checkbox"/> biopsję; <input type="checkbox"/> inne inwazyjne badania diagnostyczne ? Jeżeli tak, kiedy i jakie?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
20. Czy kiedykolwiek przechodził/a Pan/Pani żółtaczkę ? Jeżeli tak, kiedy i jaki typ żółtaczki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
a) Czy kiedykolwiek badania w kierunku żółtaczki B (WZW B) lub żółtaczki C (WZW C) wypadły u Pana/i dodatnio? Jeżeli tak, kiedy i jaki typ żółtaczki.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
21. Czy Pana/Pani partner życiowy lub seksualny w ciągu ostatnich 6 miesięcy przechodził żółtaczkę?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
22. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy przebywał/a Pan/Pani w areszcie lub więzieniu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
23. Czy kiedykolwiek był/-a Pan/Pani poddawany/-a znieczuleniu ogólnemu ? a) Jeżeli tak, to czy wystąpiły po nim jakiegokolwiek powikłania lub reakcje nietypowe/niepożądane? b) Czy ktokolwiek z Pana/Pani rodziny miał powikłania związane ze znieczuleniem ogólnym? Jeżeli tak, podaj stopień pokrewieństwa osoby, której sytuacja dotyczy:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Czy przebywa Pan/Pani na rencie chorobowej? Jeżeli tak, to od kiedy i z jakiego powodu?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
25. Czy był/a Pan/Pani szczepiony przeciwko żółtaczkce typu B (WZW B)? Jeżeli tak, proszę podać liczbę dawek.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
26. Informacje dodatkowe: masa ciałakg wzrost cm				
	NIE dotyczy	TAK	NIE	
27. Czy jesteś obecnie w ciąży? Jeżeli tak, proszę podać planowaną datę porodu.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28. Czy byłaś w ciąży ? Jeżeli tak, proszę podać liczbę ciąż:liczbę porodów:Data ostatniego porodu:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Uwagi:

Oświadczam, że zgodnie z moim sumieniem i posiadaną wiedzą **podane wyżej dane osobowe i teleadresowe oraz informacje o przebytych chorobach i obecnym stanie zdrowia są prawdziwe i dokładne**. Jednocześnie zobowiązuję się do uaktualniania danych w razie ich zmiany.

Imię i nazwisko dawcy..... Data urodzenia.....

Data..... **Czytelny podpis dawcy**.....

OŚWIADCZENIE

Potwierdzam niniejszym swoje zgłoszenie do Ośrodka Dawców Szpiku i podtrzymuję swoją wolę bycia Honorowym/Niespokrewnionym Dawcą Komórek Krwiotwórczych. Zostałem(am) poinformowany(a) o uwarunkowaniach doboru dawcy i biorcy przeszczepu, potrzebie zgłoszenia się do Ośrodka Dawców w przypadku wytypowania mnie jako kandydata na dawcę komórek krwiotwórczych dla określonej, potrzebującej osoby.

Zdaję sobie sprawę z niedogodności i możliwego ryzyka związanego z doбором i dawstwem szpiku/komórek krwiotwórczych oraz z obowiązujących zasad dobrowolności, anonimowości i nieodpłatności dawstwa.

Zostałem(am) poinformowany(a) o istniejących metodach pobrania materiału przeszczepowego: szpiku kostnego drogą operacyjną lub nieoperacyjnie z wykorzystaniem urządzeń do separacji komórek krwiotwórczych z krwi po uprzednim ich zmobilizowaniu do krwi, z zastosowaniem podanego podskórnym czynnika wzrostowego. Zapoznałem(am) się z załączonymi dokumentami opisującymi zasady i procedury związane z dawstwem komórek krwiotwórczych.

Data **Czytelny podpis dawcy**

**Upraszamy prosimy, aby w przypadku zmiany danych osobowych i teleadresowych, zawiadomić o tej zmianie:
tel. (+48) 782 999 729 lub e-mail: ods@dcopih.pl**

DLA LEKARZA KWALIFIKUJĄCEGO

ZAKWALIFIKOWANO

DYSKWALIFIKACJA CZASOWA**/TRWAŁA

*** niewłaściwe skreślić*

Powód:

W przypadku dyskwalifikacji czasowej podać datę jej obowiązywania:

d	d	m	m	r	r	r	r
---	---	---	---	---	---	---	---

Data.....

Podpis i pieczętka lekarza.....

INFORMACJA DLA DAWCY KOMÓREK KRWIOTWÓRCZYCH W PRZEDMIOCIE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Administratorem danych osobowych jest **Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii** z siedzibą we Wrocławiu (53-413) plac Ludwika Hirszfelda 12, zarejestrowane w Sądzie Rejonowym dla Wrocławia-Fabrycznej, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000087868, adres e-mail: dcopih@dcopih.pl (dalej także „DCOPIH”).

1. Podstawa i cel przetwarzania danych:

Dane osobowe zbierane w celu zakwalifikowania Pana/Pani jako Potencjalnego Dawcę Komórek Krwiotwórczych do Ośrodka Dawców Szpiku przetwarzane są na podstawie zgody (art. 6 ust.1 lit. a RODO) do momentu przeprowadzenia pozytywnego procesu kwalifikacyjnego.

Podstawą prawną przetwarzania Pani / Pana danych osobowych po przejściu pozytywnej kwalifikacji (status: Dawca/Potencjalny Dawca Komórek Krwiotwórczych) jest:

- a) art. 6 ust. 1 lit. c RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO – wypełnienie obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze danych w celu wypełniania zadań Ośrodka Dawców Szpiku w zw. z art. 16a ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów w zakresie:
 - pozyskiwania potencjalnych dawców allogenicznego szpiku, komórek krwiotwórczych krwi obwodowej,
 - badania antygenów zgodności tkankowej lub zlecenia tego badania właściwym podmiotom,
 - przechowywania danych i ich aktualizacja,
 - organizowania opieki nad dawcami szpiku,
 - przekazywania danych o pozyskanych, potencjalnych dawcach szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej do rejestru szpiku i krwi pępowinowej;
 - udostępniania szpiku krajowym lub zagranicznym ośrodkom przeszczepiającym lub stosującym szpik;
- b) art. 6 ust. 1 lit. f RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. f do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów DCOPIH – ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń prawnych;
- c) art. 9 ust. 2 lit. j RODO do celów badań naukowych lub do celów statystycznych;
- d) art. 6 ust.1 lit. a RODO w sytuacjach, w których nie znajdzie zastosowania podstawa przetwarzania wypełniania obowiązku prawnego ciążącego, DCOPIH może prosić Panią/Pana o wyrażenie zgody na przetwarzanie danych osobowych. W takim przypadku Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w zakresie i celu określonym w tej zgodzie;
 - w szczególności - podanie przez Panią/Pana danych osobowych wykraczających poza katalog wskazany w ustawie o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, które na stosowanych przez siebie formularzach DCOPIH oznaczane są jako dobrowolne, wymagają wyrażenia zgody na ich przetwarzanie przez DCOPIH w celu wypełniania zadań ośrodka dawców szpiku – w celach kontaktowych;

W zakresie, w jakim Dane osobowe są przetwarzane w oparciu o wyrażoną zgodę, można ją wycofać w każdym czasie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego przed jej wycofaniem.

2. Obowiązek podania danych osobowych:

- Jest Pani/Pan zobowiązana/y do podania swoich danych osobowych, zgodnie z przepisami ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Niepodanie wymaganych danych osobowych, uniemożliwi rejestrację Pani/Pana jako potencjalnego dawcy szpiku/komórek krwiotwórczych.
- Podanie danych osobowych jest dobrowolne, o ile dane osobowe są gromadzone na podstawie Pani/Pana zgody. Jednak niepodanie wskazanych w formularzu danych osobowych, uniemożliwi rejestrację Pani/Pana jako potencjalnego dawcy szpiku/komórek krwiotwórczych

3. Warunki przekazywania danych podmiotom trzecim:

DCOPIH może przekazywać dane osobowe podmiotom trzecim w celach związanych z wypełnianiem zadań Ośrodka Dawców Szpiku:

- podmiotom wykonującym działalność leczniczą – w celu zapewnienia Pani/Panu dostępności wykonania badań w pobliżu miejsca zamieszkania,
- Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnemu do Spraw Transplantacji „Poltransplant”,
- dane osobowe mogą być powierzone do przetwarzania podmiotom, z których usług korzysta DCOPIH (na podstawie art. 28 RODO) i które przetwarzają dane w imieniu i na polecenie DCOPIH, np. w zakresie świadczonych usług IT.

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich (poza europejski Obszar Gospodarczy).

4. Okres przechowywania danych:

Pani / Pana dane osobowe przekazane na potrzeby zakwalifikowania Pana/Pani jako Potencjalnego Dawcę Komórek Krwiotwórczych przetwarzane będą do momentu wycofania zgody lub przez okres nie dłuższy niż 3 miesiące od momentu wydania decyzji o dyskwalifikacji trwałej. W przypadku zakwalifikowania Pana/Pani jako Potencjalnego Dawcę Komórek przechowywanie danych osobowych odbywa się zgodnie z przepisami dotyczącymi okresów przechowywania, m.in. przepisów ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.

5. Profilowanie:

Dane osobowe nie będą przetwarzane w formie profilowania. Decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany.

6. Przysługujące Pani/Panu prawa:

Zgodnie z obowiązującymi przepisami przysługuje Pani/Panu w szczególności prawo:

- dostępu do informacji o danych osobowych przechowywanych przez DCOPIH, tj. prawo dostępu do danych i prawo do uzyskania ich kopii;
- sprostowania danych osobowych – w przypadku, gdy są nieprawidłowe lub niekompletne;
- żądania usunięcia danych osobowych („prawo do bycia zapomnianym”) - w szczególności, gdy dane osobowe są przechowywane niezgodnie z prawem lub nie są już niezbędne do celów, w których zostały zebrane;
- ograniczenia przetwarzania danych osobowych – w szczególności, gdy dane osobowe są nieprawidłowe, przetwarzane niezgodnie z prawem lub nie są już niezbędne do celów przetwarzania, a podmiot danych wniósł sprzeciw wobec ich przetwarzania;
- przenoszenia danych osobowych – jeżeli (i) przetwarzanie odbywa się na podstawie umowy lub na podstawie zgody oraz (ii) przetwarzanie odbywa się w sposób zautomatyzowany;
- prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego - tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

W przypadku chęci zadania pytania lub skorzystania z któregośkolwiek z praw, może Pani/Pan skontaktować się z DCOPIH korzystając z danych kontaktowych wskazanych w niniejszej klauzuli informacyjnej.

7. Sprzeciw wobec przetwarzania danych:

Przysługuje Pani/Panu prawo do sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, w tym profilowania, w przypadku gdy: (i) istnieją podstawy związane z Pani/Pana szczególną sytuacją oraz (ii) przetwarzanie jest oparte na uzasadnionym interesie DCOPIH (na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f RODO).

8. Inspektor ochrony danych osobowych

Może Pani/Pan skontaktować z wyznaczonym przez DCOPIH inspektorem ochrony danych pod adresem email: iod@dcopih.pl lub listownie na adres:

Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii

plac Hirszfelda 12, 53-413 Wrocław

Z dopiskiem „Inspektor Ochrony Danych”.

Zapoznałam/em się z *Informacją dla dawcy komórek krwiotwórczych w przedmiocie przetwarzania danych osobowych.*

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis dawcy)