

Dolnośląski Bank Dawców Komórek Krwiotwórczych
tel. 71 79 11 999; fax 71 79 11 995
e-mail: bank@dctk.wroc.pl
<https://www.dcopih.com.pl>
Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii
ul. Grabiszyńska 105, 53-439 Wrocław

Uwaga! Przed przystąpieniem do rejestracji jako dawca komórek krwiotwórczych w Dolnośląskim Banku Dawców Komórek Krwiotwórczych bardzo proszę **upewnij 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 zafałszowanego obrazu co do liczby potencjalnych dawców.

Jeśli nie jesteś pewien czy jesteś zarejestrowany/a w bazie dawców szpiku prosimy o kontakt pod numer telefonu: **71 79 11 999** lub e-mail: bank@dctk.wroc.pl, po podaniu numeru PESEL będziemy mogli sprawdzić czy widzisz 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:*

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ulica/jeśli nie ma ulicy miejscowość	nr domu	nr mieszkania	miejscowość
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
kod pocztowy	miejscowość		województwo

Tel. :* dane dobrowolne Tel. kom. :* dane dobrowolne E-mail :* dane dobrowolne

Gr. krwi: PESEL:

Dodatkowy adres kontaktowy:*
(rodzina, przyjaciele) 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. 71 79 11 999, e-mail: bank@dctk.wroc.pl

Potwierdzam gotowość ochotniczego dawstwa szpiku / komórek krwiotwórczych krwi obwodowej.

TAK NIE

Zostałam(em) poinformowana(y), że wstępne zakwalifikowanie wiąże się z pobraniem ok. 9 ml krwi celem wytypowania specyficzności HLA metodą genetyczną, na co wyrażam zgodę. Wyrażam zgodę na pobranie krwi z następową izolacją kwasu nukleinowego, co jest podstawą typowania HLA. Rozumiem, że pobrany materiał biologiczny, zawiera materiał genetyczny (DNA, RNA). Wyrażam zgodę na wykonanie innych badań genetycznych spoza specyficzności układu HLA, które mają lub mogą mieć znaczenie dla najlepszego z możliwych doboru z biorcą przeszczepu.

TAK NIE

Data

Podpis dawcy.....

* Uprzejmie prosimy, aby w przypadku zmiany danych osobowych i teleadresowych, zawiadomić o tej zmianie: tel. 71 79 119 99 lub e-mail: bank@dctk.wroc.pl

Dolnośląski Bank Dawców Komórek Krwiotwórczych

tel. 71 79 11 999; fax 71 79 11 995

e-mail: bank@dctk.wroc.pl<https://www.dcopih.com.pl>

Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii

ul. Grabiszyńska 105, 53-439 Wrocław

Informacja o chorobach zakaźnych dla dawców komórek krwiotwórczych/DLI:

O czym musisz wiedzieć przed oddaniem komórek krwiotwórczych/DLI :

Dawcą komórek krwiotwórczych/DLI nie może być osoba zakażona bakterią **kiły**, **wirusem HIV** oraz **wirusem żółtaczką 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/DLI. 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/DLI, 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, żółtaczką 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****TAK NIE**

	TAK	NIE
1. Czy był/a Pan/Pani narażony/a na ryzyko zakażenia w ciągu ostatnich 6 miesięcy (patrz informacja)?	<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 czuje się Pan/Pani obecnie zdrowy/a ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Czy w ciągu ostatnich 7 dni przechodził/a Pan/Pani jakieś zabiegi stomatologiczne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni chorował/a Pan/Pani lub pozostawał/a pod opieką lekarza albo miał/a gorączkę powyżej 38°C lub biegunkę?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni przyjmował/a Pan/i leki (tabletki, zastrzyki, czopki)? Jeśli tak, to jakie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) 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"/>
b) Czy kiedykolwiek stosował/a Pan/Pani leki domięśniowo lub dożylnie nieprzepisane przez lekarza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni przechodził/a Pan/Pani szczepienia? Jeśli tak jakie i kiedy?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Czy zauważył/a Pan/Pani u siebie następujące objawy: nieuzasadniony spadek ciężaru ciała..... nieuzasadnioną gorączkę..... powiększenie węzłów chłonnych.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <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); <input type="checkbox"/> dolegliwości ze strony serca; <input type="checkbox"/> zawał serca; <input type="checkbox"/> duszność; <input type="checkbox"/> udar mózgu; <input type="checkbox"/> nawracające omdlenia; <input type="checkbox"/> gorączka reumatyczna; <input type="checkbox"/> choroby skóry; <input type="checkbox"/> wypryski /wysypka; <input type="checkbox"/> uczulenie; <input type="checkbox"/> katar sienny; <input type="checkbox"/> astma; <input type="checkbox"/> łuszczyca; Jeśli tak to jakie i kiedy, czy są leczone?..... <input type="checkbox"/> cukrzyca; <input type="checkbox"/> choroby krwi; <input type="checkbox"/> przedłużone krwawienia; <input type="checkbox"/> choroby naczyń krwionośnych; <input type="checkbox"/> choroby nerek; <input type="checkbox"/> choroby przewodu pokarmowego; <input type="checkbox"/> choroby płuc; <input type="checkbox"/> choroby nerwowe; <input type="checkbox"/> padaczka; <input type="checkbox"/> nowotwór; <input type="checkbox"/> gruźlica; <input type="checkbox"/> mononukleozą zakaźną; <input type="checkbox"/> toksoplazmoza; <input type="checkbox"/> kiła; <input type="checkbox"/> rzeżączka; <input type="checkbox"/> brucelloza; <input type="checkbox"/> choroby tarczycy; <input type="checkbox"/> borelioza, <input type="checkbox"/> zapalenie szpiku; <input type="checkbox"/> choroby psychiczne; <input type="checkbox"/> choroby układowe (np. kolagenozy). Jeśli tak to jakie i kiedy, czy są leczone?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy chorował/a Pan/Pani ciężko albo przebył/a poważny zabieg operacyjny, wypadek, szcicie chirurgiczne? Jeśli tak, jakie i kiedy?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Czy kiedykolwiek otrzymał/a Pan/Pani transfuzję krwi ? Jeśli 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy leczył się Pan/i w szpitalu? Jeśli tak, kiedy i z jakiego powodu?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dolnośląski Bank Dawców Komórek Krwiotwórczych

tel. 71 79 11 999; fax 71 79 11 995

e-mail: bank@dctk.wroc.pl<https://www.dcopih.com.pl>

Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii

ul. Grabiszyńska 105, 53-439 Wrocław

	TAK	NIE
15. Czy kiedykolwiek był/a Pan/Pani biorcą przeszczepu (np. rogówki lub innych tkanek) ? Jeśli tak, kiedy i jakich ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Czy kiedykolwiek otrzymał/a Pan/Pani hormon wzrostu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Czy ktokolwiek z Pana/Pani rodziny cierpi lub cierpiał na chorobę Creutzfeldta-Jakoba (gąbczaste zwyrodnienie mózgu) lub demencję ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Czy mieszkał/a Pan/Pani lub przebywał/a czasowo na terenach endemicznego występowania malarii lub chorób tropikalnych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Czy chorował/a Pan/Pani na (zaznaczyć krzyżyk w kwadracie w przypadku twierdzącej odpowiedzi) : <input type="checkbox"/> gorączkę zachodniego Nilu, <input type="checkbox"/> gorączkę Q, <input type="checkbox"/> malarię, <input type="checkbox"/> inne choroby tropikalne? Jeżeli tak, kiedy i jakie?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Czy w okresie od 1 stycznia 1980 roku do 31 grudnia 1996 roku przebywał/a Pan/Pani łącznie przez okres 6 miesięcy lub dłużej w Wielkiej Brytanii, Francji lub Irlandii lub kiedykolwiek przeszedł/a Pan/i w wymienionych krajach operację?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy wykonywano u Pana/Pani: <input type="checkbox"/> depilację kosmetyczną, <input type="checkbox"/> przekłucie 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 endoskopowy, <input type="checkbox"/> gastroskopię, <input type="checkbox"/> biopsję, <input type="checkbox"/> rektoskopię, <input type="checkbox"/> kolonoskopię, <input type="checkbox"/> artroskopię, <input type="checkbox"/> laparoskopię, <input type="checkbox"/> bronchoskopię, <input type="checkbox"/> inne badania diagnostyczne ? Jeżeli tak, kiedy?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miał/a Pan/Pani przypadkowy kontakt z krwią osoby niespokrewnionej lub narzędziami zanieczyszczonymi krwią? (nie dot. pracowników ochrony zdrowia, studentów kierunków medycznych)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Czy kiedykolwiek przechodził/a Pan/Pani żółtaczkę ? Jeżeli tak, kiedy i jaki typ żółtaczki A. Czy kiedykolwiek badania w kierunku żółtaczki B (WZW B) lub żółtaczki C (WZW C) wypadły u Pana/i dodatkowo? Jeżeli tak, kiedy i jaki typ żółtaczki.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Czy Pana/Pani partner życiowy lub seksualny w ciągu ostatnich 6 miesięcy przechodził żółtaczkę?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy miał/a Pan/Pani kontakt z zakaźnie chorym? (za wyjątkiem chorób wieku dziecięcego, infekcji górnych dróg oddechowych)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy przebywał/a Pan/Pani w areszcie lub więzieniu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Czy kiedykolwiek zalecono Panu/Pani rezygnację z oddawania krwi? Jeśli tak, proszę podać przyczynę.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Czy stosuje Pan/Pani dietę wegetariańską lub odchudzającą?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Czy przebywa Pan/Pani na rencie chorobowej? Jeśli tak, to od kiedy i z jakiego powodu?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Czy był/a Pan/Pani szczepiony przeciwko żółtaczkce typu B (WZW B)? Jeśli tak, proszę podać liczbę dawek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Informacje dodatkowe: masa ciałakg wzrost cm		
TYLKO DLA KOBIET		
32. Czy jest Pani obecnie w ciąży lub była Pani w ciąży w ciągu ostatnich 12 miesięcy? Jeżeli tak, proszę podać datę porodu.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Czy była Pani w ciąży ? Jeżeli tak, proszę podać liczbę ciąż/liczbę porodów/.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Czy Pani miesiączkuje? Jeżeli tak, to kiedy ostatnio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Czy w latach 1965-1985 otrzymywała Pani zastrzyki hormonów, w celu leczenia niepłodności?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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.....Podpis dawcy.....

DLA LEKARZA KWALIFIKUJĄCEGO ZAKWALIFIKOWANO DYSKWALIFIKACJA CZASOWA/TRWAŁA*

* niewłaściwie skreślić

Powód:

.....

Data.....

Podpis i pieczęć lekarza.....

Dolnośląski Bank Dawców Komórek Krwiotwórczych

tel. 71 79 11 999; fax 71 79 11 995

e-mail: bank@dctk.wroc.pl<https://www.dcopih.com.pl>Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii
ul. Grabiszyńska 105, 53-439 Wrocław**OŚWIADCZENIE**

Potwierdzam niniejszym swoje zgłoszenie do Ośrodka Dawców Szpiku i podtrzymuję swoją wolę bycia Honorowym 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 oraz z obowiązujących zasad dobrowolności, anonimowości i nieodpłatności dawstwa. Zostałem(am) poinformowany(a) o istniejącej możliwości pobrania szpiku kostnego drogą operacyjną lub nieoperacyjnie z wykorzystaniem urządzeń do separacji komórek krwiotwórczych z krwi po uprzednim ich zmobilizowaniu do krwi, z zastosowaniem podanego podskórnie czynnika wzrostowego. Zapoznałem(am) się z załączonymi dokumentami opisującymi zasady i procedury związane z dawstwem komórek krwiotwórczych.

Miejscowość Data Czytelny podpis dawcy

INFORMACJA DLA DAWCY KOMÓREK KRWIOTWÓRCZYCH**W PRZEDMIOCIE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

Administratorem danych osobowych jest **Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii** z siedzibą we Wrocławiu (54-439), ul. Grabiszyńska 105 i siedzibą plac Hirszfelda 12 we Wrocławiu (53-413), zarejestrowane w Sądzie Rejonowym dla Wrocławia-Fabrycznej, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000087868, adres e-mail: iod@dco.com.pl (dalej także „DCOPIH”).

1. Podstawa i cel przetwarzania danych:

DCOPIH przetwarza Pani/Pana dane osobowe w celach opisanych poniżej na wskazanych podstawach prawnych:

- a) przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego - w celu wypełniania zadań Ośrodka Dawców Szpiku - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO, w zw. z art. 16a ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów:
 - pozyskiwanie potencjalnych dawców allogenicznego szpiku, komórek krwiotwórczych krwi obwodowej,
 - badanie antygenów zgodności tkankowej lub zlecenie tego badania właściwym podmiotom,
 - przechowywanie danych i ich aktualizacja,
 - organizowanie opieki nad dawcami szpiku,
 - przekazywanie danych o pozyskanych, potencjalnych dawcach szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej do rejestru szpiku i krwi pępowinowej;
 - udostępnianie szpiku krajowym lub zagranicznym ośrodkom przeszczepiającym lub stosującym szpik;
- b) do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów DCOPIH – ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń prawnych (art. 6 ust. 1 lit. f RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. f);
- c) do celów badań naukowych lub do celów statystycznych (art. 9 ust. 2 lit. j RODO);
- d) zgoda (art. 6 ust.1 lit. a RODO):
 - w sytuacjach, w których nie znajdzie zastosowania podstawa prawna przetwarzania, 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 formularza DCOPIH oznacza jako dobrowolne, oznacza wyrażenie zgody na ich przetwarzanie przez DCO w celu wypełniania zadań ośrodka dawców szpiku – w celach kontaktowych;

Dolnośląski Bank Dawców Komórek Krwiotwórczych

tel. 71 79 11 999; fax 71 79 11 995

e-mail: bank@dctk.wroc.pl<https://www.dcopih.com.pl>

Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii

ul. Grabiszyńska 105, 53-439 Wrocław

- e) jeżeli Pani/Pana dane osobowe są lub będą przetwarzane na podstawie zgody, zgoda ta może zostać wycofana w dowolnym momencie, a wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania na podstawie zgody 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.
- Podanie danych osobowych jest dobrowolne, o ile dane osobowe są gromadzone na podstawie Pani/Pana zgody.

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.

4. Okres przechowywania danych:

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 osobowychMoże Pani/Pan skontaktować z wyznaczonym przez pracodawcę inspektorem ochrony danych pod adresem email: iod@dco.com.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*......
(miejsce i data).....
(czytelny podpis)