

**Zgoda na realizację świadczenia zdrowotnego  
oraz na przetwarzanie danych osobowych  
w celu realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie  
poszukiwania i doboru niespokrewnionych i/lub haploidentycznych  
dawców komórek krwiotwórczych**

Wyrażam zgodę na realizację świadczenia zdrowotnego poszukiwania i doboru niespokrewnionego i/lub haploidentycznego dawcy komórek krwiotwórczych oraz na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji świadczenia w tym przetwarzanie danych w postaci zanonimizowanej przez światowy rejestr dawców szpiku (World Marrow Donor Association).

Zgodnie z art. 13 ust. 1 ogólnego rozporządzeniem o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016):

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji Poltransplant z siedzibą w Warszawie, kontakt z Inspektorem Ochrony Danych: [iod@poltransplant.pl](mailto:iod@poltransplant.pl),
- na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) oraz art. 9 ust. 2 lit. h) RODO w związku z art. 16a ust. 8 i 9 ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu świadczenia zdrowotnego, odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą podmioty realizujące świadczenie zdrowotne oraz inne podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa,
- na podstawie art. 13 ust. 2 RODO Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez ustawowy okres,
- posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego,
- podanie danych osobowych jest obowiązkowe na mocy przepisu prawa.

---

Data

---

Imię, nazwisko i podpis Pacjenta  
lub Jego opiekuna prawnego