

INFORMACJA DLA PACJENEK DAWCZYŃ KRWI PEPOWINOWEJ

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 oraz art. 14 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1) zwanego dalej rozporządzeniem 2016/679 — SP ZOZ w Grodzisku Wlkp. informuje, iż:

1. **Administratorem** Pani danych jest Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Grodzisku Wlkp., ul. Mossego 17, 62-065 Grodzisk Wielkopolski, Telefon: (61)444 55 23; Fax: (61)444 57 20
2. **Współadministrowanie danymi** - w przypadku, gdyby korzystała Pani z pomocy pogotowia ratunkowego informujemy Panią, iż Dyrektor SP ZOZ będąc dysponentem zespołów ratownictwa medycznego w ramach Państwowego Ratownictwa Medycznego jest również współadministratorem danych przetwarzanych w tym systemie. Pozostali współadministratorzy to: Minister Zdrowia, Wojewoda Wielkopolski, Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Poznaniu, dysponent lotniczych zespołów ratownictwa medycznego.
3. **Inspektorem Ochrony Danych** jest Piotr Lichtarowicz, iod@spzoz-grodzisk.pl
4. Pani dane osobowe **przetwarzane będą w celu** wykonania i rozliczenia umowy o pobranie i przekazanie krwi pępowinowej, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) rozporządzenia 2019/679, natomiast dane dotyczące stanu zdrowia na podstawie art. 9 ust. 2 lit. a) rozporządzenia 2019/679.
5. Podane przez Panią dane osobowe wyłącznie w wyniku realizacji obowiązku prawnego **będą udostępniane** podmiotowi, z którym zawarła Pani umowę tj:
 - a. Polskiemu Bankowi Komórek Macierzystych ul. Grzybowska 2/41, 00-131 Warszawa, lub
 - b. PROGENIS Sp. z o.o. ul. Wilcza 50/52, 00-679 Warszawa, lub
 - c. Diagnostyką Bankiem Komórek Macierzystych Sp. z o.o.
6. Podane przez Panią dane osobowe **nie będą przekazywane do państwa trzeciego**
7. Dokumenty zawierające Pani dane osobowe **będą przechowywane** przez okres 5 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano pobrania krwi;
8. **Posiada Pani prawo** do dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, kopiowania oraz w przypadku, gdyby zakwestionowała Pani ich prawidłowość, do ograniczenia przetwarzania przez okres pozwalający Administratorowi na sprawdzenie prawidłowości danych, ma Pani prawo do żądania zaprzestania
9. Ma Pani również prawo wyrażenia sprzeciwu wobec przetwarzania, żądania jego zaprzestania, a także usunięcia danych;
10. **Posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi** do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
11. **Podanie przez Panią danych osobowych** jest dobrowolne.
12. Pani dane **nie będą przetwarzane** w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania
13. W celu zapewnienia bezpieczeństwa obywateli – osób przebywających w szpitalu oraz personelu szpitala, zabezpieczenia mienia publicznego w tym sprzętu medycznego oraz magazynów i archiwów, zabezpieczenia i zachowania w tajemnicy informacji, w tym danych osobowych a także zwiększenia ochrony przeciwpożarowej w monitorowanych budynkach — wprowadzono na terenie szpitala monitoring wizyjny z użyciem kamer. Pani dane są przetwarzane w związku z przebywaniem w przestrzeniach lub obszarach monitorowanych. Zasady przetwarzania określa procedura monitoringu wizyjnego – zał. nr 10 do Polityki Ochrony Danych.

DYREKTOR
SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO
ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ
w Grodzisku Wlkp.
Halina Sroczyńska

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH

Ja niżej podpisana wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych
imię i nazwisko

osobowych przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Grodzisku Wlkp. w celu realizacji umów z:

- Polskim Bankiem Komórek Macierzystych S.A.¹
- firmą PROGENIS Sp. z o.o.
- Diagnostyką Bankiem Komórek Macierzystych Sp. z o.o.

dotyczących pobrania i przekazania krwi pępowinowej oraz w celu rozliczenia tych umów.

.....
miejsceowość, data

.....
czytelny podpis imię i nazwisko

¹ Niewłaściwe skreślić