

Π.Ε.Κ. ΠΑΝ/ΜΙΟΥ ΠΑΤΡΩΝ

Κέντρο Προκλινικών Λειτουργιών (ισογ.)
Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Πατρών
Πανεπιστημιούπολη, 26504 Ρίο, Πάτρα

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΕΓΓΡΑΦΩΝ
ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ
ΔΟΤΩΝ
ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ
ΟΣΤΩΝ
ΠΑΝΕΠΙΘΗΜΙΟΥ Π

www.xarisezoι.gr

Κέντρο Προκλινικών Λειτουργιών, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πανεπιστημιούπολη - Ρίο,
26504 Πάτρα | Τηλ. +302610 997510, e-mail: cbmdpatras@upatras.gr
Ενημέρωση Δοτών: Τηλ. +302610 969164, e-mail: xarisezoι@upatras.gr

Δικαίωμα διαγραφής των προσωπικών σας δεδομένων από την επιφύλαξη των υποχρεώσεων και των νομίμων δικαιωμάτων του φορέα μας για τη διακράτηση τους με βάση εκάστοτε ισχύουσες νομοθετικές και κανονιστικές διατάξεις (άρθρο 17 ΓΚΠΔ).

Δικαίωμα περιορισμού της επεξεργασίας των προσωπικών σας δεδομένων εφόσον, είτε αμφισβητείται η ακρίβεια αυτών, είτε η επεξεργασία είναι παράνομη, είτε εξέλθει ο σκοπός της επεξεργασίας και υπό την προϋπόθεση ότι δεν συντρέχει νόμιμος λόγος για τη διακράτησή τους (άρθρο 18 ΓΚΠΔ).

Δικαίωμα φορητότητας των προσωπικών σας δεδομένων σε άλλον υπεύθυνο επεξεργασίας, υπό την προϋπόθεση ότι η επεξεργασία βασίζεται σε συγκατάθεση σας και διενεργείται με αυτοματοποιημένα μέσα. Η ικανοποίηση του εν λόγω δικαιώματος τείλει υπό την επιφύλαξη των νομίμων δικαιωμάτων και υποχρεώσεων του φορέα μας για τη διακράτηση των δεδομένων και την εκπλήρωση καθηκόντων της προς το δημόσιο συμφέρον (άρθρο 20 ΓΚΠΔ).

Δικαίωμα εναντίωσης για λόγους που αφορούν στην ιδιαίτερη κατάσταση σας στην περίπτωση που τα δεδομένα σας προσωπικά χαρακτηρά υφίστανται επεξεργασία για την εκπλήρωση καθήκοντος που εκτελείται προς το δημόσιο συμφέρον ή κατά την άσκηση δημόσιας εξουσίας που έχει ανατεθεί στο φορέα μας ή για τους σκοπούς των εννόμων συμφερόντων που επιδιώκει ο φορέας μας ή τρίτο μέρος.

(6) Τρόπος άσκησης των δικαιωμάτων σας και υποβολή καταγγελίας
Κάθε αίτημά σας αναφορικά με τα προσωπικά σας δεδομένα και την άσκηση των δικαιωμάτων σας πρέπει να απευθύνεται εγγράφως προς τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων (Data Protection Officer) στη διεύθυνση: Κέντρο Προκλινικών Λειτουργιών - Τμήμα Ιατρικής - Πανεπιστήμιο Πατρών - Πανεπιστημιούπολη Ρίο, 26504 - Πάτρα, τηλ. +302610997510 ή στην ηλεκτρονική διεύθυνση: dpo@upatras.gr. Το «ΚΕΔΜΟΠ - Χάρισε Ζωή» θα καταβάλει κάθε δυνατή προσπάθεια να ανταποκριθεί σε κάθε σχετικό αίτημά σας εντός τριάντα ημερών από την παραλαβή του. Ωστόσο, σε περίπτωση που, λόγω πολυπλοκότητας του αιτήματός σας ή λόγω του όγκου των πληροφοριών, δεν είναι δυνατή η ικανοποίηση του αιτήματός σας εντός τριάντα ημερών, το «ΚΕΔΜΟΠ - Χάρισε Ζωή» δεσμεύεται να σας ενημερώσει μέσα στην παραπάνω προθεσμία εγγράφως για τους λόγους της καθυστέρησης και να καταβάλει κάθε δυνατή προσπάθεια για την ικανοποίηση του αιτήματός σας το συντομότερο δυνατόν και σε κάθε περίπτωση εντός δύο επιπλέον μηνών. Το «ΚΕΔΜΟΠ - Χάρισε Ζωή» διατηρεί το δικαίωμα να μην ικανοποιήσει το αίτημά σας, στην περίπτωση που αυτό κριθεί προδήλως αβάσιμο ή υπερβολικό, ενημερώνοντάς σας σχετικά με τους λόγους της μη ικανοποίησης αυτού. Σε κάθε περίπτωση έχετε το δικαίωμα να προσφύγετε στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα μεσ' έναν αρμόδια εποπτική αρχή για την εφαρμογή ΓΚΠΔ. Σε κάθε περίπτωση διατηρείτε το δικαίωμα να υποβάλλετε καταγγελία στην αρμόδια εποπτική αρχή, εφόσον θεωρήσετε ότι η επεξεργασία των δεδομένων σας προσωπικού χαρακτήρα γίνεται κατά παράβαση της εκάστοτε ισχύουσας νομοθεσίας. Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να επισκεφθείτε την ιστοσελίδα www.dpo.gr.

(7) Δικαίωμα ανάκλησης της συγκατάθεσης επεξεργασίας των προσωπικών σας δεδομένων.
Μπορείτε να ανακαλέσετε οποτεδήποτε την συναίνεσή σας στην επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων σας. Η ανάκληση γίνεται με γραπτό αίτημα που υποβάλλεται στην διεύθυνση: Κέντρο Προκλινικών Λειτουργιών - Τμήμα Ιατρικής - Πανεπιστήμιο Πατρών - Πανεπιστημιούπολη Ρίο, 26504 - Πάτρα, τηλ. +302610997510 ή στην ηλεκτρονική διεύθυνση: dpo@upatras.gr. Τυχόν ανάκληση της συγκατάθεσής σας δεν αναφέρει τη νομιμότητα της μέχρι τότε επεξεργασίας των προσωπικών σας δεδομένων.

(8) Δικαίωμα ανάκλησης της συγκατάθεσης επεξεργασίας των προσωπικών σας δεδομένων.
Εάν έχετε αποσπερματώσει ερωτήσεις σχετικά με αυτήν την πολιτική Απορρήτου, απλώς πρέπει να ενημερώσετε ή να διαγράψετε ή αν θέλετε να τμήσετε αντίγραφο των πληροφοριών που διατηρούμε για εσάς, μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον Υπεύθυνο Προστασίας (Data Protection Officer) του φορέα μας στην διεύθυνση: Κέντρο Προκλινικών Λειτουργιών - Τμήμα Ιατρικής - Πανεπιστήμιο Πατρών - Πανεπιστημιούπολη Ρίο, 26504 - Πάτρα, τηλ. +302610997510 ή στην ηλεκτρονική διεύθυνση: dpo@upatras.gr.

(9) Ενημερωμένη Πολιτική Απορρήτου
Το «ΚΕΔΜΟΠ - Χάρισε Ζωή» με βάση την εκάστοτε ισχύουσα πολιτική του για την προστασία δεδομένων και στο πλαίσιο του εκάστοτε ισχύουσας νομοθετικού και κανονιστικού πλαισίου ενδέχεται να αναθεωρεί ή τροποποιεί την παρούσα ενημέρωση, η οποία επικαιροποιείται και βρίσκεται πάντοτε διαθέσιμη στην ιστοσελίδα μας (www.xarisezoι.gr) στην ενότητα Πολιτική Απορρήτου ΓΚΠΔ.

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ - ΡΗΤΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Δηλώνω ότι έχω διαβάσει τους επισυναπτόμενους όρους επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων και την πολιτική απορρήτου του ΚΕΔΜΟΠ και δηλώνω ότι:

Δίνω τη συγκατάθεσή μου, να καταχωρηθούν τα προσωπικά δεδομένα μου (ευαίσθητα και μη) όπως αυτά περιέχονται στην ως άνω αίτησή μου, στο μητρώο του «ΚΕΔΜΟΠ - Χάρισε Ζωή», και του Εθνικού και Παγκόσμιου Μητρώου Εθελοντών Δοτών Μυελού των Οστών, εγκρίνοντας τη χρήση και επεξεργασία τους σύμφωνα με την πολιτική απορρήτου που ακολουθείται και ειδικότερα για:

α) τα προσωπικά δεδομένα που περιλαμβάνουν πληροφορίες για την υγεία μου,

β) τα βιομετρικά και γενετικά δεδομένα που ελήφθησαν από το δείγμα μου (στοματικό επίχρισμα ή αίμα), τα οποία περιλαμβάνουν πληροφορίες για τον τύπο του ιστού και του DNA μου, έτσι ώστε αυτό να τυποποιηθεί για ΗΛΑ αντίγωνα και

γ) Κατανοώ ότι τα προσωπικά δεδομένα μου (ειδικής κατηγορίας και μη) που περιλαμβάνονται στην ως άνω αίτηση, καθώς και τα βιομετρικά και γενετικά δεδομένα που ελήφθησαν από το δείγμα μου (στοματικό επίχρισμα ή αίμα), θα χρησιμοποιηθούν σύμφωνα με την ανωτέρω πολιτική απορρήτου σε στατιστικές και τεχνικές μελέτες, με σκοπό να καταγραφούν και να τυποποιηθούν ως πιθανός υποψήφιος δότης μυελού των οστών.

Διαφωνώ και δεν αποδέχομαι την επεξεργασία, διαχείριση και αξιοποίηση των προσωπικών δεδομένων μου (ειδικής κατηγορίας και μη) από το «ΚΕΔΜΟΠ - Χάρισε Ζωή»

Ημερομηνία

Υπογραφή

Π.Ε.Κ. ΠΑΝ/ΜΙΟΥ ΠΑΤΡΩΝ

Κέντρο Προκλινικών Λειτουργιών (ισογ.)
Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Πατρών
Πανεπιστημιούπολη, 26504 Ρίο, Πάτρα

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΕΓΓΡΑΦΩΝ
ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ
ΔΟΤΩΝ
ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ
ΟΣΤΩΝ
ΠΑΝΕΠΙΘΗΜΙΟΥ Π

www.xarisezoι.gr

Κέντρο Προκλινικών Λειτουργιών, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πανεπιστημιούπολη - Ρίο,
26504 Πάτρα | Τηλ. +302610 997510, e-mail: cbmdpatras@upatras.gr
Ενημέρωση Δοτών: Τηλ. +302610 969164, e-mail: xarisezoι@upatras.gr

**ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ
ΔΟΤΗ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ**

Παρακαλούμε να συμπληρώσετε την αίτηση με ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ
(Δεχόμεστε δότες ηλικίας **18-40** ετών)

ΟΝΟΜΑ:	<input type="text"/>	ΕΠΩΝΥΜΟ:	<input type="text"/>
Ανδρας <input type="checkbox"/>	Ημερ. Γέννησης <input type="text"/> <small>ΗΗ</small> <input type="text"/> <small>ΜΜ</small> <input type="text"/> <small>ΕΕΕΕ</small>	Βάρος: Ύψος:	
Γυναίκα <input type="checkbox"/>	Ομάδα Αίματος:		
Τόπος Γέννησης:	Εθνικότητα:	Επάγγελμα:	
Τρόποι Επικοινωνίας			
Οδός:	Διεύθυνση Κατοικίας		Εναλλακτικά
	Αρ.:	T.K.:	Τηλέφωνο σταθερό:
Πόλη/Χωριό:	Νομός:		Τηλέφωνο κινητό:
Τηλέφωνα			E-mail:
Κατοικίας:			
Κινητό:			
Εργασίας:			
E-mail:			
Δεν επιθυμώ να λαμβάνω νέα/ενημερώσεις του ΚΕΔΜΟΠ μέσω e-mail:		<input type="checkbox"/>	

Σε περίπτωση αλλαγής των στοιχείων επικοινωνίας σας παρακαλούμε να μας ενημερώσετε.

Ενημερώθηκα από (π.χ. διαδίκτυο, τηλεόραση, εκδήλωση, αιμοδοσία):

Να συμπληρώνεται από το ΚΕΔΜΟΠ ή τον υπεύθυνο προσέλευσης:

Τύπος Δείγματος: SWAB ΑΙΜΑ

Αίτηση μέσω: Επίσκεψη στο ΚΕΔΜΟΠ Άλλο:

Έχω διαβάσει το ενημερωτικό φυλλάδιο για τον δότη Μυελού των Οστών. Μου δόθηκε η ευκαιρία να υποβάλλω ερωτήσεις και πήρα τις ακριβέστερες δυνατές απαντήσεις. Επιθυμώ να καταχωρηθώ στο Εθνικό και Παγκόσμιο Μητρώο Εθελοντών Δοτών Μυελού των Οστών. Συμφωνώ το δείγμα μου να τυποποιηθεί για ΗΛΑ αντίγωνα. Οποιαδήποτε στιγμή θελήσω μπορώ να αποσώρω την συγκατάθεσή μου και να διαγραφώ από το αρχείο

Ημερομηνία

Υπογραφή

