

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Kielcach		
Nr wersji: 01	SP-DIT-PGK-PR-04	Strona 1 z 2
Załącznik nr: 03	Wersja zał. nr: 01	Data: 15.01.2025

Formularz dawcy ubiegającego się o wydanie Karty Grupy Krwi

Miejscowość.....

Data

PROSIMY O WYPEŁNIENIE DRUKOWANYMI LITERAMI

Imiona i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

Nr PESEL/ID*

* W przypadku obcokrajowców – numer dokumentu tożsamości i niepowtarzalny numer identyfikacyjny.

Numer telefonu do kontaktu.....

Zobowiązuję się do osobistego odebrania Karty w (właściwe zaznaczyć):

- ☐ RCKiK w Kielcach, ul. Jagiellońska 66
- ☐ Oddziale Terenowym RCKiK w

Uwagi:

.....
podpis dawcy

- Po odbiór karty można zgłosić się przy następnym oddaniu krwi.
- Po odbiór karty należy zgłosić się z dowodem tożsamości.

.....
sprawdził - serologia

Potwierdzam odbiór KARTY GRUPY KRWI

Nr karty.....

.....
data

.....
czytelny podpis osoby odbierającej kartę

.....
podpis osoby z Działu
Immunologii Transfuzjologicznej
przekazującej kartę do Rejestracji

.....
podpis osoby wydającej kartę

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Kielcach		
Nr wersji 01	SP-DIT-PGK-PR-04	Strona 2 z 2
Załącznik nr: 03	Wersja zał. nr: 01	Data: 15.01.2025

Informujemy, że

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Kielcach przy ul. Jagiellońskiej 66, 25 – 734 Kielce; tel.: 41-33-59-401, e-mail: sekretariat@rckik-kielce.com.pl;
2. adminstrator powołał inspektora danych osobowych, z którym można się skontaktować przesyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej przetargi@rckik-kielce.com.pl;
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu wydania Karty Grupy Krwi:
 - 1) na podstawie przepisów prawa – ustawy z 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi, ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, rozporządzenia Ministra Zdrowia z 16 października 2017 r. w sprawie leczenia krwią i jej składnikami w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne oraz przepisów podatkowych i dotyczących prowadzenia ksiąg rachunkowych;
 - 2) w ramach działań zmierzających do zawarcia i oraz wykonania umowy o świadczenie zdrowotne;
 - 3) na podstawie uzasadnionego interesu administratora w przypadku dochodzenia roszczeń związanych z prowadzoną przez administratora działalnością;
4. Pani/Pana dane osobowe nie będą udostępniane innym odbiorcom;
5. ma Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich aktualizacji, ich sprostowania, uzupełnienia, ich zmiany oraz ograniczenia przetwarzania przekazując żądanie administratorowi telefonicznie, pocztą elektroniczną lub osobiście (adresy wskazano w punkcie 1);
6. przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych na niezgodne z prawem przetwarzanie jej danych osobowych (Urząd Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa);
7. podanie danych osobowych jest wymogiem wynikającym z przepisów prawa oraz wymogiem umownym – ich niepodanie uniemożliwia wydanie Karty Grupy Krwi.
8. podane przez Panią/Pana dane osobowe będą przechowywane przez 30 (trzydzieści) lat – zgodnie z Jednolitym Rzecзовym Wykazem Akt (symbolk lasyfikacyjny 5216 - Oznaczenia grup krwi i kontrola przeciwciał);
9. szczegółowe informacje dotyczące innych przysługujących Pani/Panu praw można uzyskać od inspektora ochrony danych.