

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Katowicach		
Nr wersji: 02	SOP-PI-PR-02	Strona 1 z 2
Załącznik nr: 3	Wersja zał. nr: 01	Data: 21.07.2026



**Regionalne Centrum
Krwiodawstwa
i Krwiolecznictwa
w Katowicach**

Data:

PRACOWNIA IMMUNOGENETYKI
UKŁADU HLA
ul. Raciborska 15
40-074 Katowice

FORMULARZ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE BADANIA GENETYCZNEGO

Dane pacjenta:

Nazwisko i imię	
Data urodzenia	
PESEL (w przypadku osoby nieposiadającej nr PESEL należy wpisać nazwę oraz numer dokumentu potwierdzającego tożsamość)	
Adres	
Telefon kontaktowy	

Dane rodzica lub opiekuna prawnego w przypadku pacjenta niepełnoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody:

Nazwisko i imię	
Data urodzenia	
PESEL (w przypadku osoby nieposiadającej nr PESEL należy wpisać nazwę oraz numer dokumentu potwierdzającego tożsamość)	
Adres	
Telefon kontaktowy	

CEL BADANIA: _____

MATERIAŁ POBRANY DO BADANIA: KREW PEŁNA/ (INNE)* _____

1. Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a o znaczeniu diagnostycznym wykonywanych badań molekularnych, a także tajemnicy wyników tego badania.

Wyrażam zgodę:

- na pobranie materiału i wykonanie badań genetycznych
- na przekazanie wyników badań genetycznych lekarzowi zlecającemu badanie
- na powtórne pobranie materiału w przypadku gdy badanie nie uda się z przyczyn technicznych lub DNA ulegnie degradacji.

2. Wyrażam zgodę na anonimowe przechowywanie mojego materiału biologicznego po zakończeniu diagnostyki.
3. Jestem świadomy/-a, że badanie jest dobrowolne i mogę zrezygnować z niego w każdej chwili bez podania powodu
4. Jestem świadomy/-a, że jeśli w okresie między pobraniem materiału do badań, a datą wydania wyniku niepełnoletni pacjent ukończy 18 rok życia, przed wydaniem wyniku konieczne będzie podpisanie przez niego dodatkowego formularza zgody na przeprowadzenie badania genetycznego
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu przeprowadzenia badania genetycznego.

.....
Data i Czytelny podpis

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Katowicach		
Nr wersji: 02	SOP-PI-PR-02	Strona 2 z 2
Załącznik nr: 3	Wersja zał. nr: 01	Data: 21.07.2026

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Katowicach, ul. Raciborska 15, 40-074 Katowice, dalej: Administrator.
- Administrator wyznaczył Inspektora Danych Osobowych, z którym można się kontaktować pod adresem e-mail: iod@rckik-katowice.pl lub pisemnie wysyłając kierując korespondencję na adres Administratora.
- Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie wyrażonej przez Państwa zgody na przeprowadzenie badania genetycznego (podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. a RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. a RODO), jak również wypełnienia obowiązków prawnych Administratora wynikających z ustawy o działalności leczniczej bądź innych przepisów szczególnych (podstawa: art. 6 ust. 1 lit. c RODO) czy też realizowania naszych prawnie uzasadnionych interesów, którymi są ustalanie lub dochodzenie roszczeń, a także obrona przed takimi roszczeniami oraz archiwizacja (podstawa: art. 6 ust. 1 lit. f RODO).
- Dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z obowiązujących przepisów prawa.
- Odbiorcami danych osobowych mogą być podwykonawcy, czyli firmy z których usług korzystamy przy przetwarzaniu danych oraz podmioty uprawnione do uzyskiwania danych na podstawie obowiązującego prawa.
- Osoba, której dane dotyczą posiada prawo dostępu do treści swoich danych i otrzymania ich kopii, prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do wycofania zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
- Osobom, których dane dotyczą przysługuje prawo wniesienia skargi do Prezesa UODO w Warszawie.
- Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym.
- Dane osobowe nie będą przetwarzane w celu automatycznego podejmowania decyzji, w tym profilowania.