



**ΕΘΝΙΚΟΣ
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ**



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΗΛΩΣΗ ΔΩΡΕΑΣ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΙΣΤΩΝ

Επώνυμο* :

Όνομα* :

Όνομα Πατρός* :

Όνομα Μητρός* :

Φύλο*: Άνδρας Γυναίκα

Ημερομηνία Γέννησης*:/...../..... (Ημέρα/Μήνας/Έτος)

Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας :

Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης (Α.Μ.Κ.Α.) * :

Διεύθυνση Κατοικίας* :

Πόλη: Οδός: Αριθμός: ΤΚ:

Τηλέφωνο Επικοινωνίας* : Σταθερό: Κινητό:

Διεύθυνση Ηλεκτρονικής Αλληλογραφίας (E-Mail):

**υποχρεωτικά πεδία συμπλήρωσης*

1. Επιθυμώ να γίνω Δωρητής για:

Όλα τα όργανα και τους ιστούς

2. Επιθυμώ να γίνω Δωρητής για όλα τα όργανα και τους ιστούς ΕΚΤΟΣ από τα παρακάτω:

Νεφροί Ήπαρ Καρδιά Πνεύμονες Κερατοειδείς Δέρμα Οστά

**υποχρεωτική συμπλήρωση μίας εκ των δύο επιλογών*

Τήρηση Εμπιστευτικότητας:

- Τα ως άνω δεδομένα συλλέγονται, τηρούνται, επεξεργάζονται και αξιοποιούνται από τον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων (Ε.Ο.Μ.) με απόλυτη ασφάλεια και εμπιστευτικότητα, σύμφωνα με το αρ. 34 του ν. 3984/2011, όπως ισχύει, και το αρ. 13 του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων (Γ.Κ.Π.Δ.) ΕΕ 2016/679, για το σκοπό της τήρησης του Εθνικού Μητρώου Δωρεάς Οργάνων και Ιστών και τον αποτελεσματικό συντονισμό της μεταμοσχευτικής διαδικασίας.
- Τα ως άνω δεδομένα χρησιμοποιούνται αποκλειστικά από το επιστημονικό προσωπικό των εμπλεκόμενων φορέων στον συντονισμό της μεταμοσχευτικής διαδικασίας.
- Για την άσκηση των προβλεπόμενων από τον Γ.Κ.Π.Δ. δικαιωμάτων των υποκειμένων των δεδομένων (πρόσβασης, διόρθωσης και περιορισμού), την υποβολή σχετική με την άσκηση των δικαιωμάτων, καθώς και για κάθε ζήτημα σχετικό με την επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα από τον Ε.Ο.Μ., ως υπεύθυνο επεξεργασίας, μπορείτε να επικοινωνείτε με τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων του Ε.Ο.Μ. στο dro@eom.gr.

Δηλώνω υπεύθυνα ότι:

- Η εγγραφή στο Εθνικό Μητρώο Δωρεάς Οργάνων και Ιστών βασίζεται στη ρητή συγκατάθεσή μου. Γνωρίζω ότι μπορώ να αλλάξω την απόφασή μου αυτή ανά πάσα χρονική στιγμή.
- Γνωρίζω και αποδέχομαι ότι θάσει του αρθρ. 260 παρ. 2 του ν. 4512/2018 μπορεί να πραγματοποιηθεί μετά θάνατον η αφαίρεση οργάνων και ιστών που έχω δηλώσει, χωρίς να απαιτείται η συναίνεση της οικογένειάς μου.
- Όλα τα στοιχεία της δήλωσής μου είναι ακριβή και αληθή.

Ημερομηνία :/...../.....

Υπογραφή :