



## HERMANDAD DONANTES DE SANGRE DE ZAMORA

SI VD. HA DONADO YA EN ESTA PROVINCIA Y NO HA CAMBIADO DE DOMICILIO NI TELEFONO SÓLO DEBE PONER SU NOMBRE Y SU D.N.I

SI ES LA PRIMERA VEZ QUE VA A DONAR NECESITAMOS QUE RELLENE TODOS LOS CAMPOS

(\*) D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento-----

(\*) DNI nº \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Localidad-----

Teléfono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Marque con una X el tipo de donación que ha realizado:

Sangre total

Aféresis

Se requiere su consentimiento con fines informativos para informarle de actividades de interés relacionadas con la hermandad:

Sí presto mi consentimiento

NO presto mi consentimiento

### ADVERTENCIA LEGAL SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

En cumplimiento de lo dispuesto en la normativa vigente de Protección de Datos, La Hermandad Donantes De Sangre (con CIF G-49012545), como responsable de tratamiento, le informa que tratamos sus datos personales con el fin de enviarle nuestros boletines, memorias, convocatorias, felicitaciones y elementos de divulgación, que consideramos de su interés, por cualquier medio (telefónico, email).

Los datos serán usados únicamente por la Hermandad de Zamora, no se cederán a terceros, salvo obligación legal, exista una obligación legal o sean encargados de tratamiento y se conservarán el tiempo necesario para el cumplimiento de los fines con los que se solicitaron.

Puede consultar la información de protección de datos del interesado en nuestra página web:

[www.hdszamora.es](http://www.hdszamora.es)

Usted tiene derecho acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, contactando con nosotros a través de la dirección postal: Hermandad Donantes De Sangre, Hospital Virgen de la Concha, 1ª Planta, Avd. Requejo, 35- 49022 Zamora-, a través del Teléfono: 980.52.12.00 o a través del siguiente Correo electrónico: [hdonanteszamora@gmail.com](mailto:hdonanteszamora@gmail.com)

En (punto de donación)..... a ..... de ..... del 2020

Firma: .....