

แบบคำร้องขอใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล

Data Subject Rights Request Form

วันที่

พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ได้ให้สิทธิแก่เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลในการขอใช้สิทธิดำเนินการต่อข้อมูลส่วนบุคคลของตนซึ่งอยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล ในฐานะผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคล

ทั้งนี้ ท่านสามารถใช้สิทธิดังกล่าวได้โดยการกรอกรายละเอียดในแบบคำร้องนี้ และยื่นคำขอนี้ด้วยตนเองแก่โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล

ข้อมูลผู้ยื่นคำร้องขอ	
ชื่อ-นามสกุล
เลขบัตรประจำตัวประชาชน
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ
อีเมล
ท่านเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลหรือไม่	
<input type="checkbox"/>	ผู้ยื่นคำร้องเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล
<input type="checkbox"/>	ผู้ยื่นคำร้องเป็นผู้แทนของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล (โปรดระบุรายละเอียดของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล)
<u>รายละเอียดของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล</u>	
ชื่อ-นามสกุล
ที่อยู่
เบอร์โทรศัพท์
อีเมล

เอกสารประกอบการขอใช้สิทธิ

เอกสารเพื่อการยืนยันตัวตนของผู้ยื่นคำร้อง

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (กรณีสัญชาติไทย)
- สำเนาหนังสือเดินทาง (กรณีไม่มีสัญชาติไทย)

เอกสารประกอบการดำเนินการแทน (เฉพาะกรณียื่นคำร้องแทนเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล)

- หนังสือมอบอำนาจที่เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลให้อำนาจผู้ยื่นคำร้องใช้สิทธิแทนเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลตามแบบคำร้องขอฉบับนี้ ซึ่งลงนามโดยเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลและผู้ยื่นคำร้องและลงวันที่ก่อนวันที่ยื่น

โปรดระบุสถานะความสัมพันธ์ของท่านที่มีต่อโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน

- ผู้ป่วย / ผู้ใช้งานแอปพลิเคชัน / ผู้เข้าชมเว็บไซต์
- ญาติผู้ป่วย
- เจ้าหน้าที่ / ผู้ปฏิบัติงาน
- อื่น ๆ (โปรดระบุ)

โปรดระบุสิทธิที่ท่านประสงค์จะดำเนินการ

- การเพิกถอนความยินยอมในการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้ให้ความยินยอมไว้
- การเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคลและขอทำสำเนาข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงการขอให้เปิดเผยการได้มาซึ่งข้อมูลส่วนบุคคลที่ไม่ได้ให้ความยินยอม
- การขอแก้ไขข้อมูลส่วนบุคคลให้ถูกต้อง
- การขอให้ลบข้อมูลส่วนบุคคล
- การขอระงับการใช้ข้อมูลส่วนบุคคล
- การขอให้โอนย้ายข้อมูลส่วนบุคคล
- การขอคัดค้านการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล

โปรดระบุวัตถุประสงค์และเหตุผลประกอบคำร้องขอของท่าน

หมายเหตุ

โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน สงวนสิทธิในการติดต่อท่านตามข้อมูลการติดต่อที่ท่านได้ให้ไว้ในคำร้องนี้ เพื่อขอข้อมูลหรือเอกสารหลักฐานเกี่ยวกับคำขอเพิ่มเติม รวมถึงสงวนสิทธิในการดำเนินคดีตามกฎหมายหากพบว่า ข้อมูลที่ท่านระบุในแบบคำร้องขอthisไม่เป็นความจริงโดยเจตนาทุจริต

การใช้สิทธิของท่านอาจมีเงื่อนไขที่กำหนดไว้ตามกฎหมายหรือกฎ ระเบียบอื่น ทั้งนี้ จำเป็นต้องมีการพิจารณาคำขอเป็นรายกรณีไป โรงพยาบาลฯ ขอความร่วมมือให้ท่านโปรดให้ข้อมูลประกอบคำร้องขอของท่านอย่างครบถ้วน เพื่อให้โรงพยาบาลฯ สามารถดำเนินการตามสิทธิของท่านได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งโรงพยาบาลฯ ขอสงวนสิทธิในการปฏิเสธคำขอของท่านในกรณีที่โรงพยาบาลฯ มีความจำเป็นต้องดำเนินการตามเงื่อนไขกฎหมายหรือคำสั่งศาล หรือเป็นกรณีการใช้สิทธิของท่านอาจก่อให้เกิดความเสียหายต่อสิทธิและเสรีภาพของบุคคลอื่น หรือในกรณีที่ท่านยังมีสัญญาอยู่กับโรงพยาบาลฯ ที่ให้ประโยชน์แก่ท่านอยู่ ซึ่งการใช้สิทธิของท่านอาจเป็นผลให้โรงพยาบาลฯ ไม่สามารถให้บริการตามสัญญาแก่ท่านได้ โดยโรงพยาบาลฯ จะดำเนินการแจ้งให้ท่านทราบถึงผลกระทบของการใช้สิทธิต่อไป

โรงพยาบาลฯ จะดำเนินการตามคำร้องขอของท่านภายใน 30 วัน นับแต่วันที่รับคำขอพร้อมเหตุผล และข้อมูลประกอบคำขอต่าง ๆ รวมถึงเอกสารหลักฐานประกอบจากท่านครบถ้วน ทั้งนี้ ขอสงวนสิทธิในการขยายเวลาดังกล่าวออกไป หากโรงพยาบาลฯ ได้รับข้อมูลไม่เพียงพอในการประกอบการดำเนินการ

ในกรณีที่โรงพยาบาลฯ มีความจำเป็นต้องปฏิเสธคำร้องขอใช้สิทธิของท่าน โรงพยาบาลฯ จะแจ้งเหตุผล การปฏิเสธแก่ท่านทราบทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์

โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน เก็บรวบรวมและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งท่านได้ให้ไว้ในคำร้องขอthisเพื่อวัตถุประสงค์ในการตรวจสอบเพื่อยืนยันสิทธิของท่านทั้งในฐานะเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลและผู้แทน และ

ดำเนินการตามคำขอใช้สิทธิของท่าน โดยอาจมีความจำเป็นต้องเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าวแก่บุคคลหรือนิติบุคคลอื่นที่มีความเกี่ยวข้องในการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ทั้งนี้ การเปิดเผยดังกล่าวจะเป็นไปเพื่อความจำเป็นในการดำเนินการตามคำร้องขอใช้สิทธิของท่านเท่านั้น และข้อมูลดังกล่าวจะถูกเก็บรักษาไว้จนกว่าโรงพยาบาลฯ จะปฏิบัติตามคำร้องขอของท่านเสร็จสิ้น หรือจนกว่ากระบวนการโต้แย้งหรือปฏิเสธคำขอใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลจะสิ้นสุดในกรณีโรงพยาบาลฯ ไม่อาจปฏิบัติตามคำร้องขอของท่านได้โดยมีเหตุผลอันสมควรตามที่กฎหมายหรือคำสั่งศาลกำหนด

ผู้ยื่นคำร้องได้อ่านและเข้าใจเนื้อหาของแบบคำร้องขอฉบับนี้แล้ว และยืนยันว่าข้อมูลที่ได้แจ้งแก่โรงพยาบาลฯ มีความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ทุกประการ รวมทั้งขอยืนยันและรับประกันว่าผู้ยื่นคำร้องมีสิทธิอย่างถูกต้องตามกฎหมาย จึงได้ลงลายมือชื่อตามที่ระบุข้างล่างนี้

..... ผู้ยื่นคำร้องขอ
(.....)
วันที่

***สำหรับเจ้าหน้าที่เท่านั้น**

วันที่ได้รับคำร้องขอ

วันที่บันทึกในระบบ

วันที่มีหนังสือตอบรับ

ผลการพิจารณา

เหตุผลในการปฏิเสธ (หากมี)

เจ้าหน้าที่ผู้ดำเนินการ