



แบบฟอร์มคำขอใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล

พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ได้ให้สิทธิแก่เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลในการขอใช้สิทธิดำเนินการต่อข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลเอกชัย (“โรงพยาบาล”) ในฐานะผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลที่ต้องระบุในแบบฟอร์มนี้จำเป็นต่อการดำเนินการตามคำขอของท่าน ดังนั้นหากท่านประสงค์จะใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล โปรดกรอกรายละเอียดในแบบฟอร์มนี้และดำเนินการตามที่โรงพยาบาลกำหนด

1. ข้อมูลติดต่อของผู้ยื่นคำร้อง

ชื่อ - นามสกุล:.....

ที่อยู่:

.....

เบอร์ติดต่อ:..... อีเมล:

2. ท่านเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลหรือไม่

ผู้ยื่นคำร้องเป็นบุคคลเดียวกับเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารดังต่อไปนี้ เพื่อการตรวจสอบตัวตน และที่อยู่ของผู้ยื่นคำร้อง เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถดำเนินการตามสิทธิที่ร้องขอได้อย่างถูกต้อง

เอกสารพิสูจน์ตัวตนและ/หรือพิสูจน์ถิ่นที่อยู่

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (กรณีสัญชาติไทย)

สำเนาหนังสือเดินทาง (กรณีต่างชาติ)

อื่น ๆ (ถ้ามี) โปรดระบุ

ผู้ยื่นคำร้องเป็นตัวแทนของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้รับมอบอำนาจ

ผู้ใช้อำนาจปกครองผู้เยาว์

ผู้อนุญาตของผู้ไร้ความสามารถ

ผู้พิทักษ์ของคนเสมือนไร้ความสามารถ

เอกสารพิสูจน์ตัวตนและ/หรือพิสูจน์ถิ่นที่อยู่

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือสำเนาหนังสือเดินทางของตัวแทนเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล และ

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือสำเนาหนังสือเดินทางของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล และ

หนังสือมอบอำนาจ หรือ

สำเนาสูติบัตรของผู้เยาว์ (กรณีเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลเป็นผู้เยาว์) หรือ

หนังสือแสดงการแต่งตั้งให้เป็นตัวแทนเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล (กรณีเป็นผู้ใช้อำนาจปกครอง, ผู้อนุญาต, ผู้พิทักษ์)

อื่น ๆ โปรดระบุ



แบบฟอร์มคำขอใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล

3. โปรดเลือกประเภทของสิทธิที่ต้องการดำเนินการ	
<input type="checkbox"/>	สิทธิขอเพิกถอนความยินยอม
<input type="checkbox"/>	สิทธิขอเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคล
<input type="checkbox"/>	สิทธิขอให้โอนย้ายข้อมูลส่วนบุคคล
<input type="checkbox"/>	สิทธิขอคัดค้านการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล
<input type="checkbox"/>	สิทธิขอให้ลบข้อมูลส่วนบุคคล
<input type="checkbox"/>	สิทธิขอให้ระงับการใช้ข้อมูลส่วนบุคคล
<input type="checkbox"/>	สิทธิขอให้แก้ไขข้อมูลส่วนบุคคลให้ถูกต้อง

4. ข้อมูลส่วนบุคคลที่ต้องการดำเนินการ

5. รายละเอียดคำขอ

6. ข้อสงวนสิทธิของผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคล
--

โรงพยาบาลขอแจ้งให้ท่านทราบว่า หากเกิดกรณีดังต่อไปนี้ โรงพยาบาลอาจจำเป็นต้องปฏิเสธคำร้องขอของท่าน เพื่อให้เป็นไปตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

- 1) ท่านไม่สามารถแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนได้ว่าผู้ยื่นคำร้องเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลหรือมีอำนาจในการยื่นคำร้องขอดังกล่าว
- 2) คำร้องขอดังกล่าวไม่สมเหตุผล อาทิ กรณีที่ผู้ร้องขอไม่มีสิทธิในการขอลบข้อมูลส่วนบุคคล หรือไม่มีข้อมูลส่วนบุคคลนั้นอยู่ที่โรงพยาบาล เป็นต้น
- 3) คำร้องขอดังกล่าวเป็นคำร้องขอปลอมเพื่อย อาทิ เป็นคำร้องขอที่มีลักษณะเดียวกัน หรือมีเนื้อหาเดียวกันซ้ำ ๆ กัน โดยไม่มีเหตุอันสมควร



แบบฟอร์มคำขอใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล

- 4) การเก็บรักษาข้อมูลส่วนบุคคลนั้นเพื่อวัตถุประสงค์ในการใช้เสรีภาพในการแสดงความคิดเห็น หรือ เป็นไปตาม วัตถุประสงค์ในการจัดทำเอกสารประวัติศาสตร์ หรือจดหมายเหตุ เพื่อประโยชน์สาธารณะหรือที่เกี่ยวกับการศึกษาวิจัย หรือสถิติซึ่งได้จัดให้มีมาตรการปกป้องที่เหมาะสมเพื่อคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล หรือเป็นการ จำเป็นเพื่อการปฏิบัติหน้าที่ในการดำเนินการกิจเพื่อประโยชน์สาธารณะที่โรงพยาบาลได้มอบหมาย หรือเป็นการเก็บข้อมูล ส่วนบุคคลที่เป็นข้อมูลอ่อนไหว (Sensitive Data) ที่เป็นการจำเป็นในการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมายเพื่อให้บรรลุ วัตถุประสงค์ในด้านเวชศาสตร์ป้องกัน อาชีวเวชศาสตร์ ประโยชน์สาธารณะด้านการสาธารณสุข ตามมาตรา 26 (5) (ก) และ (ข) แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562
- 5) การเก็บรักษาข้อมูลส่วนบุคคลนั้นเป็นไปเพื่อการก่อตั้งสิทธิเรียกร้องตามกฎหมาย การปฏิบัติตามหรือการใช้สิทธิเรียกร้อง ตามกฎหมาย หรือการยกขึ้นต่อสู้สิทธิเรียกร้องตามกฎหมาย หรือเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย

โดยปกติท่านจะไม่เสียค่าใช้จ่ายในการดำเนินการตามคำร้องขอของท่าน อย่างไรก็ตาม หากปรากฏอย่างชัดเจนว่าคำร้องขอของ ท่านเป็นคำร้องขอที่ไม่สมเหตุสมผล หรือคำร้องขอฟุ่มเฟือย โรงพยาบาลอาจคิดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการตามสิทธิแก่ท่านตามสมควร เมื่อพิจารณาเหตุผลในการร้องขอตามสิทธิของท่านเรียบร้อยแล้ว โรงพยาบาลจะแจ้งผลในการพิจารณาให้ท่านทราบและดำเนินการที่ เกี่ยวข้องภายใน 30 วันนับแต่วันที่ได้รับคำร้องขอ

อนึ่งในกรณีที่โรงพยาบาลไม่ดำเนินการแจ้งผลการพิจารณาให้ท่านทราบ หรือปฏิเสธไม่ดำเนินการตามคำร้องขอของท่าน โดย ไม่มีเหตุอันสมควร ท่านสามารถร้องเรียนต่อคณะกรรมการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลได้

7. การรับทราบและยินยอม

ท่านได้อ่านและเข้าใจเนื้อหาของคำร้องขอบนนี้อย่างละเอียดแล้ว และยืนยันว่าข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้แจ้งให้แก่โรงพยาบาลทราบ นั้นเป็นความจริงและถูกต้อง ท่านเข้าใจว่าการตรวจสอบเพื่อยืนยันอำนาจ ตัวคน และถิ่นที่อยู่เป็นการจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อพิจารณา ดำเนินการตามสิทธิที่ท่านร้องขอ หากท่านให้ข้อมูลที่ผิดพลาดด้วยเจตนาทุจริตท่านอาจถูกดำเนินคดีตามกฎหมายได้ และโรงพยาบาล อาจขอข้อมูลเพิ่มเติมจากท่านเพื่อการตรวจสอบดังกล่าว เพื่อให้การดำเนินการอนุญาตให้เข้าถึง การทำสำเนา หรือการเปิดเผยการ ได้มา ซึ่งข้อมูลเป็น ไปอย่างถูกต้องครบถ้วนต่อไป

ในการนี้ ท่านจึงได้ลงนามไว้เพื่อเป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)
วันที่.....เวลา.....