

แบบคำร้องขอใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล

Data Subject Rights Request Form

วันที่

พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ได้ให้สิทธิแก่เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลในการขอใช้สิทธิดำเนินการต่อข้อมูลส่วนบุคคลของตนซึ่งอยู่ในความดูแลของบริษัท โรงพยาบาลยันฮี จำกัด (“โรงพยาบาล”) ในฐานะผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคล

ทั้งนี้ ท่านสามารถใช้สิทธิดังกล่าวได้โดยการกรอกรายละเอียดในแบบคำร้องนี้ และยื่นคำขอนี้ด้วยตนเองที่แผนกประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาล หรือทาง Email ทาง dpo@yanhee.co.th หรือทางไปรษณีย์โดยส่งถึง เลขานุการกรรมการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล โรงพยาบาลยันฮี เลขที่ 454 ถนนจรัญสนิทวงศ์ แขวงบางอ้อ เขตบางพลัด กรุงเทพฯ 10700

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 <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (กรณีสัญชาติไทย) <input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือเดินทาง (กรณีไม่มีสัญชาติไทย) เอกสารประกอบการดำเนินการแทน (เฉพาะกรณียื่นคำร้องแทนเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล) <input type="checkbox"/> หนังสือมอบอำนาจที่เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลให้อำนาจผู้ยื่นคำร้องใช้สิทธิแทนเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลตามแบบคำร้องขอฉบับนี้ ซึ่งลงนาม โดยเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลและผู้ยื่นคำร้องและลงวันที่ก่อนวันที่ยื่น	

โปรตระบุสถานะความสัมพันธ์ของท่านกับโรงพยาบาล

- ลูกค้า / ผู้ใช้งานแอปพลิเคชัน / ผู้เข้าชมเว็บไซต์
- เจ้าหน้าที่/ผู้ปฏิบัติงาน
- ผู้สมัครงาน
- คู่สัญญา/ผู้รับเหมา
- ผู้ติดต่อ
- อื่น ๆ (โปรดระบุ)

โปรตระบุสิทธิที่ท่านประสงค์จะดำเนินการ

- เพิกถอนความยินยอม
- ขอเข้าถึงหรือรับสำเนาข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงขอให้โรงพยาบาล เปิดเผยที่มาของข้อมูลที่ท่านไม่ได้ให้ความยินยอมในการเก็บรวบรวม
- ขอแก้ไขข้อมูลส่วนบุคคล
- ขอให้ลบข้อมูลส่วนบุคคล
- ขอคัดค้านการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล
- ขอระงับการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล
- ขอให้โรงพยาบาล โอนย้ายข้อมูลส่วนบุคคลแก่ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลรายอื่น

โปรตระบุประเภทของข้อมูลส่วนบุคคลที่ท่านประสงค์จะดำเนินการ

- ข้อมูลการมารับบริการที่โรงพยาบาล (Visit / Admit)
- ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลของแพทย์/พยาบาล
- ข้อมูลการติดต่อ
- ความยินยอมในการเข้าใช้บริการในโรงพยาบาล
- ความยินยอมในการทำหัตถการ (โปรดระบุ).....
- ความยินยอมในการใช้ข้อมูลในการประชาสัมพันธ์
- อื่นๆ.....

โปรดระบุวัตถุประสงค์และเหตุผลประกอบคำร้องของท่าน

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

หมายเหตุ

โรงพยาบาลยันฮี สงวนสิทธิในการติดต่อท่านตามข้อมูลการติดต่อที่ท่านได้ให้ไว้ในคำร้องนี้ เพื่อขอข้อมูลหรือเอกสารหลักฐานเกี่ยวกับคำขอเพิ่มเติม รวมถึงสงวนสิทธิในการดำเนินคดีตามกฎหมายหากพบว่าข้อมูลที่ท่านระบุในแบบคำร้องขอนี้ไม่เป็นความจริงโดยเจตนาทุจริต

การใช้สิทธิของท่านอาจมีเงื่อนไขที่กำหนดไว้ตามกฎหมายหรือกฎระเบียบอื่น ทั้งนี้ จำเป็นต้องมีการพิจารณาคำขอเป็นรายกรณีไป โรงพยาบาล ขอความร่วมมือให้ท่านโปรดให้ข้อมูลประกอบคำร้องขอของท่านอย่างครบถ้วน เพื่อให้โรงพยาบาล สามารถดำเนินการตามสิทธิของท่านได้อย่างเหมาะสม รวมทั้ง โรงพยาบาล ขอสงวนสิทธิในการปฏิเสธคำขอของท่านในกรณีที่ โรงพยาบาล มีความจำเป็นต้องดำเนินการตามเงื่อนไขกฎหมายหรือคำสั่งศาล หรือเป็นกรณีการใช้สิทธิของท่าน อาจก่อให้เกิดความเสียหายต่อสิทธิและเสรีภาพของบุคคลอื่น หรือในกรณีที่ท่านยังมีสัญญา กับ โรงพยาบาล ที่ให้ประโยชน์แก่ท่านอยู่ ซึ่งการใช้สิทธิของท่านอาจเป็นผลให้ โรงพยาบาล ไม่สามารถให้บริการตามสัญญาแก่ท่านได้ โดย โรงพยาบาล จะดำเนินการแจ้งให้ท่านทราบถึงผลกระทบของการใช้สิทธิต่อไป

โรงพยาบาล จะดำเนินการตามคำร้องขอของท่านภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับคำขอพร้อมเหตุผลและข้อมูลประกอบคำขอต่าง ๆ รวมถึงเอกสารหลักฐานประกอบจากท่านครบถ้วน ทั้งนี้ ขอสงวนสิทธิในการขยายเวลาดังกล่าวออกไป หาก โรงพยาบาล ได้รับข้อมูลไม่เพียงพอในการประกอบการดำเนินการ

ในกรณีที่ โรงพยาบาล มีความจำเป็นต้องปฏิเสธคำร้องขอใช้สิทธิของท่าน โรงพยาบาล จะแจ้งเหตุผลการปฏิเสธแก่ท่านทราบทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์

โรงพยาบาล เก็บรวบรวมและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งท่านได้ให้ไว้ในคำร้องขอนี้เพื่อวัตถุประสงค์ในการตรวจสอบเพื่อยืนยันสิทธิของท่านทั้งในฐานะเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลและผู้แทน และดำเนินการตามคำขอใช้สิทธิของท่าน โดยอาจมีความจำเป็นต้องเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าวแก่บุคคลหรือนิติบุคคลอื่นที่มีความเกี่ยวข้องในการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ทั้งนี้ การเปิดเผยดังกล่าวจะเป็นไปเพื่อความจำเป็นในการดำเนินการตามคำร้องขอใช้สิทธิของท่านเท่านั้น และข้อมูลดังกล่าวจะถูกเก็บรักษาไว้จนกว่า โรงพยาบาล จะปฏิบัติตามคำร้องขอของท่านเสร็จสิ้น หรือจนกว่ากระบวนการได้แจ้ง

หรือปฏิเสธคำขอใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลจะสิ้นสุดในกรณีที่ โรงพยาบาล ไม่อาจปฏิบัติตามคำร้องขอของท่านได้ โดยมีเหตุผลอันสมควรตามที่กฎหมายหรือคำสั่งศาลกำหนด

ผู้ยื่นคำร้องได้อ่านและเข้าใจเนื้อหาของแบบคำร้องฉบับนี้แล้ว และยืนยันว่าข้อมูลที่ได้แจ้งแก่ โรงพยาบาล มีความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ทุกประการ รวมทั้งขอยืนยันและรับประกันว่าผู้ยื่นคำร้องมีสิทธิอย่างถูกต้องตามกฎหมาย จึงได้ลงลายมือชื่อตามที่ระบุข้างล่างนี้

..... ผู้ยื่นคำร้องขอ
(.....)
วันที่

***สำหรับเจ้าหน้าที่เท่านั้น**

วันที่ได้รับคำร้องขอ	.....
วันที่บันทึกในระบบ	.....
วันที่มีหนังสือตอบรับ	.....
ผลการพิจารณา	.....
เหตุผลในการปฏิเสธ (หากมี)	.....
เจ้าหน้าที่ผู้ดำเนินการ	.....