

แบบคำร้องขอใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล
(Data Subject Rights Request Form)

วันที่ _____

พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ได้ให้สิทธิแก่เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลในการขอใช้สิทธิดำเนินการต่อข้อมูลส่วนบุคคลของตนซึ่งอยู่ในความดูแลของบริษัท บรรยง การแพทย์ จำกัด (“โรงพยาบาลจักษุสุราษฎร์”) ในฐานะผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคล

ทั้งนี้ ท่านสามารถใช้สิทธิดังกล่าวได้โดยการกรอกรายละเอียดในแบบคำร้องฉบับนี้และยื่นคำขอฉบับนี้ด้วยตนเองแก่โรงพยาบาลจักษุสุราษฎร์

ข้อมูลผู้ยื่นคำร้อง	
ชื่อ-นามสกุล	_____
เลขบัตรประจำตัวประชาชน	_____
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ	_____
อีเมล	_____
ท่านเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลหรือไม่	
☐ ผู้ยื่นคำร้องเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล	
☐ ผู้ยื่นคำร้องเป็นผู้แทนของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล (โปรดระบุรายละเอียดของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล)	
รายละเอียดของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล	
ชื่อ-นามสกุล	_____
ที่อยู่	_____
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ	_____
อีเมล	_____

ช่องทางที่ประสงค์ให้โรงพยาบาลติดต่อกลับ

กรุณาเลือกช่องทาง

- ☐ โทรศัพท์ ☐ อีเมล ☐ ไปรษณีย์ไทย ☐ รับด้วยตนเอง ณ โรงพยาบาลจักษุสุราษฎร์

เอกสารเพื่อยืนยันตัวตนประกอบการขอใช้สิทธิ์

- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (กรณีสัญชาติไทย)
- ☐ สำเนาหนังสือเดินทาง (กรณีไม่มีสัญชาติไทย)
- เอกสารประกอบการดำเนินการแทน (เฉพาะกรณียื่นคำร้องแทนเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล)
- ☐ หนังสือมอบอำนาจที่เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลให้อานาจผู้ยื่นคำร้องใช้สิทธิแทนเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล
ตามแบบคำร้องขอฉบับนี้ ซึ่งลงนามโดยเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลและผู้ยื่นคำร้องและลงวันที่ก่อนวันที่ยื่น

โปรดระบุสถานะความสัมพันธ์ของท่านที่มีต่อโรงพยาบาล

- ☐ ผู้ป่วย / ญาติผู้ป่วย / ผู้ใช้งานแอปพลิเคชัน / ผู้เข้าชมเว็บไซต์
- ☐ เจ้าหน้าที่ / ผู้ปฏิบัติงาน
- ☐ ผู้สมัครงาน
- ☐ คู่สัญญา / ผู้รับเหมา
- ☐ ผู้ติดต่อ
- ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ) _____

โปรดระบุสิทธิที่ท่านประสงค์จะดำเนินการ

- ☐ เพิกถอนความยินยอม
- ☐ ขอเข้าถึงหรือรับสำเนาข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงขอให้โรงพยาบาลเปิดเผยที่มาของข้อมูลที่ท่านไม่ได้
รับความยินยอมในการเก็บรวบรวม
- ☐ ขอแก้ไขข้อมูลส่วนบุคคล
- ☐ ขอให้ลบข้อมูลส่วนบุคคล
- ☐ ขอคัดค้านการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล
- ☐ การระงับการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล

โปรดระบุวัตถุประสงค์และเหตุผลประกอบคำร้องขอของท่าน

[illegible]

หมายเหตุ

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภวนสิทธิในการติดต่อท่านตามข้อมูลการติดต่อที่ท่านได้ให้ไว้ในคำร้องนี้ เพื่อขอข้อมูลหรือเอกสารหลักฐานเกี่ยวกับคำขอเพิ่มเติม รวมถึงสงวนสิทธิในการดำเนินคดีตามกฎหมายหากพบว่าข้อมูลที่ท่านระบุในแบบคำร้องขอthisไม่เป็นความจริงโดยเจตนาทุจริต เอกสารนี้เป็นหลักฐานการรับคำร้อง มิใช่การยืนยันว่าคำร้องได้รับการอนุมัติหรือว่าโรงพยาบาลจะดำเนินการตามคำร้องได้ทั้งหมด

การใช้สิทธิของท่านจะต้องเป็นไปตามเงื่อนไขที่กฎหมายกำหนด หรือกฎระเบียบอื่นๆ ทั้งนี้ จำเป็นต้องมีการพิจารณา
คำขอเป็นรายกรณีไป โรงพยาบาลขอความร่วมมือให้ท่านโปรดให้ข้อมูลประกอบคำร้องขอของท่านอย่างครบถ้วน
เพื่อให้โรงพยาบาล สามารถดำเนินการตามสิทธิของท่านได้อย่างเหมาะสม รวมทั้ง โรงพยาบาล ขอสงวนสิทธิ์ในการปฏิเสธ
คำขอของท่านในกรณีที่โรงพยาบาลมีความจำเป็นต้องดำเนินการตามเงื่อนไขกฎหมายหรือคำสั่งศาล หรือเป็นกรณีการใช้สิทธิ
ของท่านอาจก่อให้เกิดความเสียหายต่อสิทธิและเสรีภาพของบุคคลอื่น หรือในกรณีที่ท่านยังมีสัญญา กับโรงพยาบาล
ที่ให้ประโยชน์แก่ท่านอยู่ ซึ่งการใช้สิทธิของท่านอาจเป็นผลให้โรงพยาบาลไม่สามารถให้บริการตามสัญญาแก่ท่านได้
โดยโรงพยาบาลจะดำเนินการแจ้งให้ท่านทราบถึงผลกระทบของการใช้สิทธิต่อไป

โรงพยาบาล จะดำเนินการตามคำร้องขอของท่านภายใน **15 วันทำการ** นับแต่วันที่รับคำขอพร้อมเหตุผลและข้อมูลประกอบคำขอต่าง ๆ รวมถึงเอกสารหลักฐานประกอบจากท่านครบถ้วน ทั้งนี้ ขอสงวนสิทธิ์ในการขยายเวลาดังกล่าวออกไป หากโรงพยาบาลได้รับข้อมูลไม่เพียงพอในการประกอบการดำเนินการ

ในกรณีที่โรงพยาบาล มีความจำเป็นต้องปฏิเสธคำร้องขอใช้สิทธิ์ของท่าน โรงพยาบาลจะแจ้งเหตุผลการปฏิเสธให้ท่านทราบทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์

โรงพยาบาล เก็บรวบรวมและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งท่านได้ให้ไว้ในคำร้องขอครั้งนี้ เพื่อวัตถุประสงค์ในการตรวจสอบเพื่อยืนยันสิทธิ์ของท่านทั้งในฐานะเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลและผู้แทน และดำเนินการตามคำขอใช้สิทธิ์ของท่าน โดยอาจมีความจำเป็นต้องเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าวแก่บุคคลหรือนิติบุคคลอื่นที่มีความเกี่ยวข้องในการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ทั้งนี้ การเปิดเผยดังกล่าวจะเป็นไปเพื่อความจำเป็นในการดำเนินการตามคำร้องขอใช้สิทธิ์ของท่านเท่านั้น และข้อมูลดังกล่าวจะถูกเก็บรักษาไว้จนกว่าโรงพยาบาล จะปฏิบัติตามคำร้องขอของท่านเสร็จสิ้น หรือจนกว่ากระบวนการโต้แย้งหรือปฏิเสธคำร้องขอใช้สิทธิ์ของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลจะสิ้นสุด ในกรณีที่โรงพยาบาลไม่อาจปฏิบัติตามคำร้องขอของท่านได้ โดยมีเหตุผลอันสมควรตามที่กฎหมายหรือคำสั่งศาลกำหนด

ผู้ยื่นคำร้องได้อ่านและเข้าใจเนื้อหาของแบบคำร้องขอฉบับนี้แล้ว และยืนยันว่าข้อมูลที่ได้แจ้งแก่โรงพยาบาล มีความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ทุกประการ รวมทั้งขอยืนยันและรับประกันว่าผู้ยื่นคำร้องมีสิทธิ์อย่างถูกต้องตามกฎหมาย จึงได้ลงลายมือชื่อตามที่ระบุข้างล่างนี้

_____ ลงชื่อผู้ยื่นคำร้อง
 _____ (ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)
 วันที่ ____ / ____ / ____

สำหรับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล	
เลขที่คำร้อง	_____
วันที่รับคำร้อง	_____
วันที่บันทึกคำร้องในระบบ	_____
เจ้าหน้าที่ผู้รับคำร้อง	_____
ผลการพิจารณา	_____
เหตุผลในการปฏิเสธ (หากมี)	_____
เจ้าหน้าที่ผู้ดำเนินการ	_____