



แบบคำร้องขอใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล

Data Subject Rights Request Form

วันที่

พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒ ได้ให้สิทธิแก่เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลในการขอใช้สิทธิดำเนินการต่อข้อมูลส่วนบุคคลของตนซึ่งอยู่ในความดูแลของศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี (“ศูนย์การแพทย์ฯ”) ในฐานะผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคล

ทั้งนี้ ท่านสามารถใช้สิทธิดังกล่าวได้โดยการกรอกรายละเอียดในแบบคำร้องนี้ และยื่นคำขอนี้ด้วยตนเองแก่ศูนย์การแพทย์ฯ ทาง จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) (ระบุช่องทางอื่น หากมี).....

ข้อมูลผู้ยื่นคำร้องขอ

ชื่อ-นามสกุล

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ

อีเมล

ท่านเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลหรือไม่

- ผู้ยื่นคำร้องเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล
- ผู้ยื่นคำร้องเป็นผู้แทนของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล (โปรดระบุรายละเอียดของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล)

รายละเอียดของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ-นามสกุล

ที่อยู่

เบอร์โทรศัพท์

อีเมล

เอกสารประกอบการขอใช้สิทธิ

เอกสารเพื่อการยืนยันตัวตนของผู้ยื่นคำร้อง

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (กรณีสัญชาติไทย)
- สำเนาหนังสือเดินทาง (กรณีไม่มีสัญชาติไทย)

เอกสารประกอบการดำเนินการแทน (เฉพาะกรณียื่นคำร้องแทนเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล)

- หนังสือมอบอำนาจที่เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลให้อำนาจผู้ยื่นคำร้องใช้สิทธิแทนเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล ตามแบบคำร้องขอฉบับนี้ ซึ่งลงนามโดยเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลและผู้ยื่นคำร้องและลงวันที่ก่อนวันที่ยื่น

โปรตระบุสถานะความสัมพันธ์ของท่านที่มีต่อศูนย์การแพทย์ฯ

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

โปรตระบุสิทธิที่ท่านประสงค์จะดำเนินการ

- เพิกถอนความยินยอม
- ขอเข้าถึงหรือรับสำเนาข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงขอให้ศูนย์การแพทย์ฯ เปิดเผยที่มาของข้อมูลที่ท่านไม่ได้ให้ความยินยอมในการเก็บรวบรวม
 - ขอแก้ไขข้อมูลส่วนบุคคล
 - ขอให้ลบข้อมูลส่วนบุคคล
 - ขอคัดค้านการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล
 - ขอระงับการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล
 - ขอให้ศูนย์การแพทย์ฯ โอนย้ายข้อมูลส่วนบุคคลแก่ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลรายอื่น

โปรดระบุวัตถุประสงค์และเหตุผลประกอบคำร้องขอของท่าน

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

หมายเหตุ

ศูนย์การแพทย์ฯ สงวนสิทธิ์ในการติดต่อท่านตามข้อมูลการติดต่อที่ท่านได้ให้ไว้ในคำร้องนี้ เพื่อขอข้อมูลหรือเอกสารหลักฐานเกี่ยวกับคำขอเพิ่มเติม รวมถึงสงวนสิทธิ์ในการดำเนินคดีตามกฎหมาย หากพบว่าข้อมูลที่ท่านระบุในแบบคำร้องขอนี้ไม่เป็นความจริงโดยเจตนาทุจริต

การใช้สิทธิของท่านอาจมีเงื่อนไขที่กำหนดไว้ตามกฎหมายหรือกฎ ระเบียบอื่น ทั้งนี้ จำเป็นต้องมีการพิจารณาคำขอเป็นรายกรณีไป ศูนย์การแพทย์ฯ ขอความร่วมมือให้ท่านโปรดให้ข้อมูลประกอบคำร้องขอของท่านอย่างครบถ้วน เพื่อให้ศูนย์การแพทย์ฯ สามารถดำเนินการตามสิทธิของท่านได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งศูนย์การแพทย์ฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการปฏิเสธคำขอของท่านในกรณีที่ศูนย์การแพทย์ฯ มีความจำเป็นต้องดำเนินการตามเงื่อนไขกฎหมายหรือคำสั่งศาล หรือเป็นกรณีการใช้สิทธิของท่านอาจก่อให้เกิดความเสียหายต่อสิทธิและเสรีภาพของบุคคลอื่น หรือในกรณีที่ท่านยังมีสัญญาเกี่ยวกับศูนย์การแพทย์ฯ ที่ให้ประโยชน์แก่ท่านอยู่ ซึ่งการใช้สิทธิของท่านอาจเป็นผลให้ศูนย์การแพทย์ฯ ไม่สามารถให้บริการตามสัญญาแก่ท่านได้โดยศูนย์การแพทย์ฯ จะดำเนินการแจ้งให้ท่านทราบถึงผลกระทบของการใช้สิทธิต่อไป

ศูนย์การแพทย์ฯ จะดำเนินการตามคำร้องขอของท่านภายใน ๓๐ วัน นับแต่วันที่ได้รับคำขอพร้อมเหตุผลและข้อมูลประกอบคำขอต่างๆ รวมถึงเอกสารหลักฐานประกอบจากท่านครบถ้วน ทั้งนี้ ขอสงวนสิทธิ์ในการขยายเวลาดังกล่าวออกไป หากศูนย์การแพทย์ฯ ได้รับข้อมูลไม่เพียงพอในการประกอบการดำเนินการ

ในกรณีที่ศูนย์การแพทย์ฯ มีความจำเป็นต้องปฏิเสธคำร้องขอใช้สิทธิของท่านศูนย์การแพทย์ฯ จะแจ้งเหตุผลการปฏิเสธแก่ท่านทราบทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์

ศูนย์การแพทย์ฯ เก็บรวบรวมและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งท่านได้ให้ไว้ในคำร้องขอนี้เพื่อวัตถุประสงค์ในการตรวจสอบเพื่อยืนยันสิทธิของท่านทั้งในฐานะเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลและผู้แทน และดำเนินการตามคำขอใช้สิทธิของท่าน โดยอาจมีความจำเป็นต้องเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าวแก่บุคคลหรือนิติบุคคลอื่นที่มีความเกี่ยวข้องในการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ทั้งนี้ การเปิดเผยดังกล่าวจะเป็นไปเพื่อความจำเป็นในการดำเนินการตามคำร้องขอใช้สิทธิของท่านเท่านั้น และข้อมูลดังกล่าวจะถูกเก็บรักษาไว้จนกว่าศูนย์การแพทย์ฯ จะปฏิบัติตามคำร้องขอของท่านเสร็จสิ้น หรือจนกว่ากระบวนการโต้แย้งหรือปฏิเสธคำขอใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลจะสิ้นสุดในกรณีที่ศูนย์การแพทย์ฯ ไม่อาจปฏิบัติตามคำร้องขอของท่านได้โดยมีเหตุผลอันสมควรตามที่กฎหมายหรือคำสั่งศาลกำหนด

ผู้ยื่นคำร้องได้อ่านและเข้าใจเนื้อหาของแบบคำร้องขอฉบับนี้แล้ว และยืนยันว่าข้อมูลที่ได้แจ้งแก่ศูนย์การแพทย์ฯ มีความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ทุกประการ รวมทั้งขอยืนยันและรับประกันว่าผู้ยื่นคำร้องมีสิทธิอย่างถูกต้องตามกฎหมาย จึงได้ลงลายมือชื่อตามที่ระบุดังนี้

..... ผู้ยื่นคำร้องขอ
(.....)
วันที่

*สำหรับเจ้าหน้าที่เท่านั้น

วันที่ได้รับคำร้องขอ

วันที่บันทึกในระบบ

วันที่มีหนังสือตอบรับ

ผลการพิจารณา

เหตุผลในการปฏิเสธ (หากมี)

เจ้าหน้าที่ผู้ดำเนินการ