



หนังสือให้ความยินยอม (Consent Form)

เขียนที่

วันที่

ข้าพเจ้า ชื่อ..... อายุ..... ปี
หมายเลขประจำตัวประชาชน..... ภูมิลำเนาอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....
ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
หมายเลขโทรศัพท์..... ซึ่งต่อไปในหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้เรียกว่า
“เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล” ตกลงยินยอมให้โรงพยาบาลเลย ดำเนินการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย
ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า ภายใต้เงื่อนไข ดังต่อไปนี้

๑. โรงพยาบาลเลย จะเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล โดยมีวัตถุประสงค์
เพื่อดำเนินงานตามภารกิจของโรงพยาบาลเลย

๒. โรงพยาบาลเลย จะเก็บรักษาข้อมูลส่วนบุคคลไว้เป็นความลับ การเปิดเผยข้อมูลจะกระทำ
เพื่อวัตถุประสงค์ตาม ๑. ข้างต้น หรือตามหมายเรียก คำสั่งของศาล หรือคำสั่งของเจ้าพนักงาน หรือพนักงาน
เจ้าหน้าที่ที่มีอำนาจตามกฎหมายเท่านั้น

๓. เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลมีสิทธิดังต่อไปนี้

(๑) ถอนความยินยอมเสียเมื่อใดก็ได้ เว้นแต่มีข้อจำกัดสิทธิในการถอนความยินยอม
โดยกฎหมาย ทั้งนี้ การถอนความยินยอม ย่อมไม่ส่งผลกระทบต่อการใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล
ที่เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลได้ให้ความยินยอมไปแล้วโดยชอบตามที่กำหนดไว้

(๒) ขอให้เปิดเผยการได้มาซึ่งข้อมูลส่วนบุคคลที่ตนไม่ได้ให้ความยินยอม

(๓) ขอรับข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับตน

(๔) ขอให้ดำเนินการแก้ไข เพิ่มเติม เปลี่ยนแปลง เพื่อให้ข้อมูลส่วนบุคคลนั้นถูกต้อง
เป็นปัจจุบัน สมบูรณ์ และไม่ก่อให้เกิดความเข้าใจผิด

(๕) คัดค้านการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับตน เว้นแต่
โรงพยาบาลเลยจำเป็นต้องเก็บรักษาข้อมูลส่วนบุคคลนั้นไว้ เพื่อวัตถุประสงค์ในการปฏิบัติตามกฎหมาย

(๖) มีสิทธิร้องเรียน กรณีโรงพยาบาลเลยได้กระทำการฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย
คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความในหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้โดยตลอดแล้ว
จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ..... ผู้ให้ความยินยอม

(.....)