**เลขที่................./.................**

**หนังสือให้ความยินยอมในการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล**

 ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ................................................. นามสกุล ................................................. เลขประจำตัวประชาชน: ............................................................. ที่อยู่ที่ติดต่อได้ บ้านเลขที่....................................ตรอก/ซอย..............................................ถนน............................................... ตำบล/แขวง................................................ อำเภอ/เขต................................... จังหวัด................................................. โทรศัพท์……………..……….………… ตกลงให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยโรงพยาบาลกะพ้อ ซึ่งรวมถึงผู้ปฏิบัติงานและตัวแทนของโรงพยาบาลกะพ้อ (“โรงพยาบาลกะพ้อ”) ทำการเก็บรวบรวม ใช้ **ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหว** ของข้าพเจ้าที่ให้ไว้แก่โรงพยาบาลกะพ้อ และเปิดเผยให้แก่บุคคลหรือหน่วยงานที่โรงพยาบาลกะพ้อมอบหมาย เพื่อวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้ (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

**ข้อมูลส่วนบุคคล**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ยินยอม** | **ไม่ยินยอม** | **วัตถุประสงค์** |
| 🞎 | 🞎 | เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาและปรับปรุงการให้บริการของโรงพยาบาลกะพ้อ |
| 🞎 | 🞎 | เพื่อวัตถุประสงค์ทางการตลาด การส่งเสริมการขาย การประชาสัมพันธ์ผลิตภัณฑ์และบริการของโรงพยาบาลกะพ้อ การรับข้อมูลข่าวสาร รวมถึงสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ |
| 🞎 | 🞎 | เพื่อการสถิติ ศึกษาวิจัย วิเคราะห์ และประเมินผลข้อมูล เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาผลิตภัณฑ์และบริการของโรงพยาบาลกะพ้อ รวมถึงการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ของโรงพยาบาลกะพ้อ |
| 🞎 | 🞎 | เพื่อการนำเสนอผลิตภัณฑ์หรือบริการของพันธมิตรหรือคู่ความร่วมมือของโรงพยาบาลกะพ้อ  |
| \*การให้หรือไม่ให้ความยินยอมไม่ส่งผลต่อการพิจารณาการใช้บริการต่าง ๆ  |
| **ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหว (ใช้เฉพาะกรณีที่มีการเก็บข้อมูลชีวภาพและข้อมูลความพิการ)** |
| **ยินยอม** | **ไม่ยินยอม** | **วัตถุประสงค์** |
| 🞎 | 🞎 | ข้อมูลชีวภาพ ได้แก่ ข้อมูลภาพจำลองใบหน้า เพื่อประกอบการสร้างความสัมพันธ์ รวมถึงการพิสูจน์และยืนยันตัวตนผู้ขอใช้บริการต่อโรงพยาบาลกะพ้อ  |

ลงชื่อ ..…………………….…………........................ เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล

 (…………………………………........…………)

|  |
| --- |
| **ส่วนของเจ้าหน้าที่** |
| **ผู้บันทึกข้อมูล** | **ผู้ตรวจสอบข้อมูล** |
| ---------------------------------------------------(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)ตำแหน่ง \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_วันที่ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ---------------------------------------------------(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)ตำแหน่ง \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_วันที่ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |