	ชื่องาน: หนังสือให้ความยินยอมในการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล	เริ่มใช้ ๑ ต.ค. ๖๕
	ชั้นความลับ: ใ้ภายนอก	รหัสเอกสาร: F-PA-CL-๐๓.๐๑Rev.๐๐

เลขที่...../.....

หนังสือให้ความยินยอมในการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ..... นามสกุล

เลขประจำตัวประชาชน: ที่อยู่ติดต่อได้ บ้านเลขที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... โทรศัพท์..... ตกลงให้

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยโรงพยาบาลกะพ้อ ซึ่งรวมถึงผู้ปฏิบัติงานและตัวแทนของโรงพยาบาลกะพ้อ (“โรงพยาบาลกะพ้อ”) ทำการเก็บรวบรวม ใช้ **ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหว** ของข้าพเจ้าที่ให้ไว้แก่โรงพยาบาลกะพ้อ และเปิดเผยให้แก่บุคคลหรือหน่วยงานที่โรงพยาบาลกะพ้อมอบหมาย เพื่อวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้ (สามารถเลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล

ยินยอม	ไม่ ยินยอม	วัตถุประสงค์
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาและปรับปรุงการให้บริการของโรงพยาบาลกะพ้อ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	เพื่อวัตถุประสงค์ทางการตลาด การส่งเสริมการขาย การประชาสัมพันธ์ผลิตภัณฑ์และบริการของโรงพยาบาลกะพ้อ การรับข้อมูลข่าวสาร รวมถึงสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	เพื่อการสถิติ ศึกษาวิจัย วิเคราะห์ และประเมินผลข้อมูล เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาผลิตภัณฑ์และบริการของโรงพยาบาลกะพ้อ รวมถึงการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ของโรงพยาบาลกะพ้อ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	เพื่อการนำเสนอผลิตภัณฑ์หรือบริการของพันธมิตรหรือคู่ความร่วมมือของโรงพยาบาลกะพ้อ


*การให้หรือไม่ให้ความยินยอมไม่ส่งผลต่อการพิจารณาการใช้บริการต่าง ๆ

ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหว (ใช้เฉพาะกรณีที่มีการเก็บข้อมูลชีวภาพและข้อมูลความพิการ)

ยินยอม	ไม่ ยินยอม	วัตถุประสงค์
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ข้อมูลชีวภาพ ได้แก่ ข้อมูลภาพจำลองใบหน้า เพื่อประกอบการสร้างความสัมพันธ์ รวมถึงการพิสูจน์และยืนยันตัวตนผู้ขอใช้บริการต่อโรงพยาบาลกะพ้อ

ลงชื่อ เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล
(.....)

หมายเหตุ: เอกสารนี้ถูกควบคุมในระดับ [ลับมาก] เมื่อข้อมูลถูกรวบรวมในรูปแบบฟอร์ม

	ชื่องาน: หนังสือให้ความยินยอมในการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล		เริ่มใช้ ๑ ต.ค. ๖๕
	ชั้นความลับ: ไขภายนอก	รหัสเอกสาร: F-PA-CL-๐๓.๐๑Rev.๐๐	หน้าที่ ๒/๒

ส่วนของผู้เจ้าหน้าที่	
ผู้บันทึกข้อมูล	ผู้ตรวจสอบข้อมูล
<p>-----</p> <p>(_____)</p> <p>ตำแหน่ง _____</p> <p>วันที่ _____</p>	<p>-----</p> <p>(_____)</p> <p>ตำแหน่ง _____</p> <p>วันที่ _____</p>

หมายเหตุ: เอกสารนี้ถูกควบคุมในระดับ [ลับมาก] เมื่อข้อมูลถูกรวบรวมในรูปแบบฟอร์ม