

 กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก Department of Traditional and Alternative Medicine	ชื่องาน : หนังสือให้ความยินยอมในการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล	เริ่มใช้ 17 ก.พ. 69
	ชั้นความลับ: ใช้นอก รหัสเอกสาร : F-02-Rev.00	หน้าที่1ของ2

เลขที่...../.....

หนังสือให้ความยินยอมในการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล

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

เลขประจำตัวประชาชน: ที่อยู่ติดต่อได้ บ้านเลขที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน..... ตำบล/แขวง.....

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

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโดย [หน่วยงานที่ขอความยินยอม] ซึ่งรวมถึงผู้ปฏิบัติงานและตัวแทน

ของ[หน่วยงานที่ขอความยินยอม] (“[หน่วยงานที่ขอความยินยอม]”) ทำการเก็บรวบรวม ใช้ **ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูล**

ส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหว ของข้าพเจ้าที่ให้กับ[หน่วยงานที่ขอความยินยอม] และเปิดเผยให้แก่บุคคลหรือหน่วยงาน

ที่ [หน่วยงานที่ขอความยินยอม] มอบหมาย เพื่อวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้ (สามารถเลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล

ยินยอม	ไม่ ยินยอม	วัตถุประสงค์
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาและปรับปรุงการให้บริการของ[หน่วยงานที่ขอความยินยอม]
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	เพื่อวัตถุประสงค์ทางการตลาด การส่งเสริมการขาย การประชาสัมพันธ์ผลิตภัณฑ์และบริการของ[หน่วยงานที่ขอความยินยอม] การรับข้อมูลข่าวสาร รวมถึงสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	เพื่อการสถิติ ศึกษาวิจัย วิเคราะห์ และประเมินผลข้อมูล เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาผลิตภัณฑ์และบริการของ[หน่วยงานที่ขอความยินยอม] รวมถึงการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ของ[หน่วยงานที่ขอความยินยอม]
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	เพื่อการนำเสนอผลิตภัณฑ์หรือบริการของพันธมิตรหรือคู่ความร่วมมือของ[หน่วยงานที่ขอความยินยอม]

*การให้หรือไม่ให้ความยินยอมไม่ส่งผลต่อการพิจารณาการให้บริการต่าง ๆ

ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหว (ใช้เฉพาะกรณีที่มีการเก็บข้อมูลชีวภาพและข้อมูลความพิการ)

ยินยอม	ไม่ ยินยอม	วัตถุประสงค์
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ข้อมูลชีวภาพ ได้แก่ ข้อมูลภาพจำลองใบหน้า เพื่อประกอบการสร้างความสัมพันธ์ รวมถึงการพิสูจน์และยืนยันตัวตนผู้ขอใช้บริการกับ[หน่วยงานที่ขอความยินยอม]

ลงชื่อ เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล
 (.....)

หมายเหตุ : เอกสารนี้ถูกควบคุมในระดับ [ลับมาก] เมื่อข้อมูลถูกกรอกลงในแบบฟอร์ม

 กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก Department of Thai Traditional and Alternative Medicine	ชื่องาน : หนังสือให้ความยินยอมในการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล	เริ่มใช้ 17 ก.พ. 69
	ชั้นความลับ: ใช้นอก รหัสเอกสาร : F-02-Rev.00	หน้าที่ 2 ของ 2

ส่วนของผู้ให้	
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