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

**หนังสือให้ความยินยอมในการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล**

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ................................................. นามสกุล ................................................. เลขประจำตัวประชาชน: ............................................................. ที่อยู่ที่ติดต่อได้ บ้านเลขที่....................................ตรอก/ซอย..............................................ถนน............................................... ตำบล/แขวง................................................ อำเภอ/เขต................................... จังหวัด................................................. โทรศัพท์……………..……….………… ตกลงให้กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโดย [หน่วยงานที่ขอความยินยอม] ซึ่งรวมถึงผู้ปฏิบัติงานและตัวแทน ของ[หน่วยงานที่ขอความยินยอม] (“[หน่วยงานที่ขอความยินยอม]”) ทำการเก็บรวบรวม ใช้ **ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหว** ของข้าพเจ้าที่ให้ไว้กับ[หน่วยงานที่ขอความยินยอม] และเปิดเผยให้แก่บุคคลหรือหน่วยงานที่ [หน่วยงานที่ขอความยินยอม] มอบหมาย เพื่อวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้ (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

**ข้อมูลส่วนบุคคล**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ยินยอม** | **ไม่ยินยอม** | **วัตถุประสงค์** | | |
| 🞎 | 🞎 | เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาและปรับปรุงการให้บริการของ[หน่วยงานที่ขอความยินยอม] | | |
| 🞎 | 🞎 | เพื่อวัตถุประสงค์ทางการตลาด การส่งเสริมการขาย การประชาสัมพันธ์ผลิตภัณฑ์และบริการของ[หน่วยงานที่ขอความยินยอม] การรับข้อมูลข่าวสาร รวมถึงสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ | | |
| 🞎 | 🞎 | เพื่อการสถิติ ศึกษาวิจัย วิเคราะห์ และประเมินผลข้อมูล เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาผลิตภัณฑ์และบริการของ[หน่วยงานที่ขอความยินยอม] รวมถึงการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ของ[หน่วยงานที่ขอความยินยอม] | | |
| 🞎 | 🞎 | เพื่อการนำเสนอผลิตภัณฑ์หรือบริการของพันธมิตรหรือคู่ความร่วมมือของ[หน่วยงานที่ขอความยินยอม] | | |
| \*การให้หรือไม่ให้ความยินยอมไม่ส่งผลต่อการพิจารณาการใช้บริการต่าง ๆ | | | |
| **ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหว (ใช้เฉพาะกรณีที่มีการเก็บข้อมูลชีวภาพและข้อมูลความพิการ)** | | | |
| **ยินยอม** | **ไม่ยินยอม** | | **วัตถุประสงค์** | |
| 🞎 | 🞎 | | ข้อมูลชีวภาพ ได้แก่ ข้อมูลภาพจำลองใบหน้า เพื่อประกอบการสร้างความสัมพันธ์ รวมถึงการพิสูจน์และยืนยันตัวตนผู้ขอใช้บริการกับ[หน่วยงานที่ขอความยินยอม] | |

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

(…………………………………........…………)

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