

คำขอใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูล

1. คำอธิบาย

สำหรับข้อมูลส่วนบุคคลที่เก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยโดยบริษัท บางกอก เซน ฮอสปิเทล จำกัด (มหาชน) และบริษัทในเครือที่ปรากฏในข้อ 3.1 ของเอกสารฉบับนี้ (“**กลุ่มบริษัทฯ**”) เจ้าของข้อมูลอาจใช้สิทธิภายใต้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (รวมทั้งที่มีการแก้ไขเพิ่มเติม) (“**พ.ร.บ. คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล**”) โดยการยื่นคำขอฉบับนี้พร้อมเอกสารประกอบตามที่ระบุในคำขอฉบับนี้ และส่งมอบให้เจ้าหน้าที่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลด้วยตนเอง ทางอีเมล หรือทางไปรษณีย์ตามรายละเอียดที่อยู่ ดังนี้

เจ้าหน้าที่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

ถึง: เจ้าหน้าที่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล
ที่อยู่: 44 หมู่ที่ 4 ตำบลปากเกร็ด อำเภอปากเกร็ด นนทบุรี 11120
เบอร์ติดต่อ: 02-836-9999
อีเมล: dpo@bangkokchainhospital.com

2. รายละเอียดของเจ้าของข้อมูล และผู้ยื่นคำขอแทนเจ้าของข้อมูล

2.1 โปรดกรอกข้อมูลด้านล่างนี้ (เพื่อประโยชน์ของกลุ่มบริษัทฯ ในการติดต่อกับท่านเกี่ยวกับคำขอใช้สิทธิ และเพื่อประโยชน์ในการค้นหาข้อมูลส่วนบุคคลตามข้อ 3.1)

| ข้อมูลของเจ้าของข้อมูล | | | |
|---|--|---------------|--|
| ชื่อและนามสกุล: | | | |
| ที่อยู่: | | | |
| วันเดือนปีเกิด: | | | |
| หมายเลขโทรศัพท์: | | ที่อยู่อีเมล: | |
| ช่องทางการรับข้อมูลส่วนบุคคล (กรณีที่ท่านใช้สิทธิขอรับข้อมูล): | <input type="checkbox"/> ทางอิเล็กทรอนิกส์ผ่านทางอีเมลที่มีความมั่นคงปลอดภัย <input type="checkbox"/> เข้ามารับด้วยตนเอง (ต้องมีการยืนยันตัวตนเมื่อเข้ามาติดต่อรับข้อมูลด้วย) | | |
| หลักฐานระบุตัวตนของเจ้าของข้อมูล | | | |
| <p>กลุ่มบริษัทฯ ต้องใช้หลักฐานยืนยันตัวตนของท่านก่อนที่กลุ่มบริษัทฯ จะสามารถพิจารณา และตอบสนองคำขอของท่านได้ หากท่านส่งคำขอนี้ให้กับกลุ่มบริษัทฯ ด้วยตนเอง กลุ่มบริษัทฯ อาจขอให้ท่านแสดงเอกสารที่สามารถยืนยัน</p> | | | |

| | |
|---|---|
| <p>ตัวตนของท่านได้ซึ่งออกโดยราชการ เช่น บัตรประจำตัวประชาชน หนังสือเดินทาง ใบขับขี่ (ที่ยังไม่หมดอายุ) ในขณะที่ท่านส่งคำขอ และ/หรืออาจขอให้ท่านส่งมอบสำเนาของเอกสารดังกล่าวพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าของบัตร และขีดฆ่าข้อมูลที่มีความอ่อนไหวก่อนส่งให้แก่กลุ่มบริษัทฯ เช่น ศาสนา ข้อมูลพันธุกรรม และกรุปเลือด</p> <p>หากท่านส่งคำขอนี้ทางอีเมล หรือทางไปรษณีย์ ท่านต้องแนบไฟล์ภาพถ่ายเอกสารที่สามารถยืนยันตัวตนของท่านได้ ซึ่งออกโดยราชการดังกล่าว (ที่ยังไม่หมดอายุ) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าของบัตร และขีดฆ่าข้อมูลที่มีความอ่อนไหวก่อนส่งให้แก่กลุ่มบริษัทฯ เช่น ศาสนา ข้อมูลพันธุกรรม และหมู่โลหิต มาพร้อมกันด้วย</p> | |
| <p>ผู้ยื่นคำขอแทนเจ้าของข้อมูล (เฉพาะกรณีทำแทนเจ้าของข้อมูล)</p> | |
| <p>หากท่านส่งมอบคำขอนี้แทนเจ้าของข้อมูล โปรดกรอกรายละเอียดเพิ่มเติมดังต่อไปนี้</p> | |
| <p>ชื่อและนามสกุล:</p> | |
| <p>หมายเลขโทรศัพท์ หรือที่อยู่ อีเมล:</p> | |
| <p>ความสัมพันธ์ของท่านกับ เจ้าของข้อมูล:</p> | |
| <p>เอกสารหลักฐาน:</p> | <p>เพื่อการพิสูจน์ตัวตนของท่าน และเจ้าของข้อมูล รวมถึงอำนาจตามกฎหมาย ในการดำเนินการแทนเจ้าของข้อมูล ท่านต้องให้ข้อมูลต่อไปนี้แก่กลุ่มบริษัทฯ</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของท่าน และเจ้าของข้อมูล (ท่านต้อง ขีดฆ่าข้อมูลที่มีความอ่อนไหวที่มีอยู่ในบัตรประจำตัวประชาชน ก่อนการยื่นให้แก่กลุ่มบริษัทฯ เช่น ศาสนา ข้อมูลพันธุกรรม และกรุปเลือด) ที่มีการรับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าของบัตร (2) หนังสือมอบอำนาจที่แต่งตั้งให้ท่านดำเนินการแทนเจ้าของข้อมูล หรือ หลักฐานอื่น ๆ ของการเป็นผู้ใช้อำนาจปกครอง ผู้อนุบาล หรือ ผู้พิทักษ์ (หากเจ้าของข้อมูลเป็นผู้เยาว์ บุคคลไร้ความสามารถ หรือ บุคคลเสมือนไร้ความสามารถ) ที่มีการติดอากรแสตมป์ถูกต้องครบถ้วน |

2.2 หากท่านมีการเปลี่ยนคำนำหน้า ชื่อ หรือนามสกุล โปรดส่งมอบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นหลักฐานการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว

2.3 กลุ่มบริษัทฯ จะใช้ข้อมูลที่ท่านได้ให้ไว้ตามคำขอนี้เพื่อระบุตัวตนของท่าน และข้อมูลส่วนบุคคลที่ท่านได้ทำการขอใช้สิทธิ ตามคำขอของท่าน กลุ่มบริษัทฯ อาจขอข้อมูลเพิ่มเติมจากท่านเพื่อใช้ในการยืนยันตัวตน และอำนาจตามกฎหมายของท่าน

3. การใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูล

3.1 โปรดกรอกรายละเอียดเกี่ยวกับคำขอใช้สิทธิด้านล่างนี้

| | | |
|--|--|--|
| <p>ชื่อของบริษัทในกลุ่มบริษัทฯ ที่ท่านต้องการยื่นคำขอใช้สิทธิด้วย</p> | <p><input type="checkbox"/> บริษัท บางกอก เซน ฮอสปิเทล จำกัด (มหาชน)</p> <p><input type="checkbox"/> บริษัท โรงพยาบาลรัตนวิเบศร์ จำกัด</p> <p><input type="checkbox"/> บริษัท ศรีบูรินทร์ การแพทย์ จำกัด</p> <p><input type="checkbox"/> บริษัท สระบุรี เวชกิจ จำกัด</p> | <p><input type="checkbox"/> บริษัท นวนครการแพทย์ จำกัด</p> <p><input type="checkbox"/> บริษัท ไสโรเวชกิจ จำกัด</p> <p><input type="checkbox"/> บริษัท บางกอก เซน แมเนจเม้นท์ จำกัด</p> <p><input type="checkbox"/> Bangkok Chain International (Lao) Co., Ltd.</p> |
| <p>ความสัมพันธ์ของท่านกับบริษัทข้างต้น</p> | <p><input type="checkbox"/> ผู้เข้ารับบริการ</p> <p><input type="checkbox"/> ญาติ</p> <p><input type="checkbox"/> ผู้ถือหุ้นหรือนักลงทุน</p> <p><input type="checkbox"/> กรรมการ</p> <p><input type="checkbox"/> ผู้บริหาร</p> <p><input type="checkbox"/> ผู้สมัครงาน</p> <p><input type="checkbox"/> บุคลากร</p> | <p><input type="checkbox"/> คู่ค้า</p> <p><input type="checkbox"/> ผู้ใช้งานเว็บไซต์ หรือ แอปพลิเคชัน</p> <p><input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ _____</p> |
| <p>ท่านต้องการใช้สิทธิประเภทใด (ท่านอาจศึกษารายละเอียดของสิทธิแต่ละประเภทได้ที่นโยบายความเป็นส่วนตัวของกลุ่มบริษัทฯ)</p> | <p><input type="checkbox"/> สิทธิในการเข้าถึงและขอรับสำเนาข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงการขอให้เปิดเผยถึงการได้มาซึ่งข้อมูลส่วนบุคคลโดยที่ท่านคาดว่าท่านไม่ได้ให้ความยินยอมมาก่อน</p> <p><input type="checkbox"/> สิทธิในการขอรับข้อมูลส่วนบุคคล รวมทั้งการขอให้โอนข้อมูลส่วนบุคคลไปยังบุคคลภายนอก หรือขอรับข้อมูลส่วนบุคคลที่กลุ่มบริษัทฯ ได้โอนไปยังบุคคลภายนอก</p> | |

| | |
|---|--|
| | <input type="checkbox"/> สิทธิในการคัดค้านการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล <input type="checkbox"/> สิทธิในการขอให้ลบ ทำลาย หรือทำให้ข้อมูลส่วนบุคคลเป็นข้อมูลที่ไม่สามารถระบุตัวบุคคลที่เป็นเจ้าของข้อมูลได้ <input type="checkbox"/> สิทธิในการขอให้ระงับการใช้ข้อมูลส่วนบุคคล <input type="checkbox"/> สิทธิในการแก้ไขเพื่อให้ข้อมูลถูกต้อง เป็นปัจจุบัน สมบูรณ์ และไม่ก่อให้เกิดความเข้าใจผิด <input type="checkbox"/> สิทธิในการเพิกถอนความยินยอม |
| <p>ท่านต้องการใช้สิทธิข้างต้นกับข้อมูลใด (โปรดให้รายละเอียดเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลที่ท่านต้องการขอใช้สิทธิให้มากที่สุด โปรดระบุกรอบเวลา ประเภทธุรกรรม ประเภทเอกสาร หรือข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี))</p> | |
| <p>โปรดระบุเหตุผล และความจำเป็นเกี่ยวกับการใช้สิทธิของท่าน</p> | |
| <p>ท่านขอเพิกถอนความยินยอมสำหรับข้อมูลส่วนบุคคลใดและ/หรือวัตถุประสงค์ใด (กรุณาตอบเฉพาะกรณีที่ท่านใช้สิทธิเพิกถอนความยินยอมเท่านั้น)</p> | <input type="checkbox"/> ข้อมูลส่วนบุคคลทั้งหมดที่ได้ให้ความยินยอม <input type="checkbox"/> เฉพาะข้อมูลส่วนบุคคลดังต่อไปนี้ (โปรดระบุ) <hr/> <input type="checkbox"/> วัตถุประสงค์ทั้งหมดที่อาศัยฐานความยินยอมในการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผย <input type="checkbox"/> เฉพาะวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้ (โปรดระบุ) <hr/> |

3.2 กลุ่มบริษัทฯ อาจติดต่อท่านเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมหากคำขอของท่านไม่ชัดเจนหรือท่านไม่ได้ให้ข้อมูลที่เพียงพอเพื่อให้กลุ่มบริษัทฯ พิจารณา และตอบสนองคำขอของท่าน

3.3 กรณีกลุ่มบริษัทฯ ต้องส่งหรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลให้กับเจ้าของข้อมูลตามคำขอใช้สิทธิฉบับนี้ และที่อยู่หรืออีเมลของเจ้าของข้อมูลตามข้อ 1. ไม่ตรงกับข้อมูลที่กลุ่มบริษัทฯ เก็บรวบรวมไว้ กลุ่มบริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ที่จะไม่ดำเนินการดังกล่าว จนกว่าจะเป็นที่น่าเชื่อว่าที่อยู่หรืออีเมลดังกล่าวเป็นของเจ้าของข้อมูลจริง

3.4 เพื่อประโยชน์ของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลที่กลุ่มบริษัทฯ คำนึงถึง และมุ่งมั่นที่จะดูแลความปลอดภัยและคุ้มครองของข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มบริษัทฯอาจปฏิเสธคำขอใช้สิทธิของท่านในกรณี (ก) บุคคลที่ยื่นคำขอไม่มีหลักฐานยืนยันว่าเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล หรือไม่มีอำนาจในการยื่นคำขอดังกล่าว หรือกลุ่มบริษัทฯ ไม่ได้รับข้อมูลครบถ้วนเพียงพอที่จะดำเนินการดังกล่าวได้ ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ในการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของเจ้าของข้อมูลอย่างเคร่งครัด (ข) คำขอดังกล่าวไม่สมเหตุผล เช่น บุคคลที่ส่งคำขอไม่มีสิทธิตามกฎหมาย หรือไม่มีข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าวนี้ขอยุติที่กลุ่มบริษัทฯ (ค) คำขอดังกล่าวเป็นคำขอที่ฟุ่มเฟือย เช่น เป็นคำขอที่มีลักษณะเดียวกัน หรือมีเนื้อหาเดียวกันซ้ำ ๆ โดยไม่มีเหตุอันสมควร (ง) กลุ่มบริษัทฯ มีสิทธิในการปฏิเสธคำขอของท่านตามที่ พ.ร.บ. คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลฯ และ/หรือกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องกำหนด

4. การลงนามและการรับทราบ

ท่านได้อ่าน และเข้าใจเนื้อหาของคำขอฉบับนี้อย่างละเอียด และยืนยันว่าข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้แจ้งให้แก่กลุ่มบริษัทฯ เป็นความจริง ถูกต้อง ท่านเข้าใจดีว่าการตรวจสอบดังกล่าวของกลุ่มบริษัทฯ เป็นไปเพื่อยืนยันตัวตนและคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน และการตรวจสอบอำนาจของท่านโดยกลุ่มบริษัทฯ เป็นสิ่งจำเป็นในการดำเนินการตามคำขอเพื่อคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของเจ้าของข้อมูลตามกฎหมาย ทั้งนี้ กลุ่มบริษัทฯ อาจขอข้อมูลเพิ่มเติมจากท่านเพื่อให้การดำเนินการคำขอเป็นไปอย่างถูกต้อง ครบถ้วนต่อไป

ในการนี้ ท่านจึงลงนามไว้เพื่อเป็นหลักฐาน

ลงนาม _____ ผู้ยื่นคำขอ

ชื่อ _____

วันที่ _____