



## ใบสมัครเป็นผู้ใช้ระบบการออกหนังสือรับรองการตายอิเล็กทรอนิกส์ (eMDC) สำหรับแพทย์

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง ชื่อ \_\_\_\_\_ นามสกุล \_\_\_\_\_

เลขประจำตัวประชาชน \_\_\_\_\_ สังกัดโรงพยาบาล \_\_\_\_\_

เลขใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม \_\_\_\_\_ email address \_\_\_\_\_

ขอสมัครเป็นผู้ใช้ระบบการออกหนังสือรับรองการตายอิเล็กทรอนิกส์ (eMDC) ของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยข้าพเจ้าได้รับทราบนโยบายการปกป้องข้อมูลส่วนตัวของกองยุทธศาสตร์และแผนงานดังนี้

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ภายใต้ฐานความจำเป็นเพื่อการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการออกหนังสือรับรองการตาย เพื่อวัตถุประสงค์ในการยืนยันตัวตน และการสร้างบัญชีผู้ใช้ในระบบเท่านั้น จะไม่มีการเผยแพร่ข้อมูลออกไป โดยท่านสามารถใช้สิทธิตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒ ดำเนินการต่อข้อมูลส่วนบุคคลของตนเอง เช่น การแก้ไขตัวสะกด การปรับเปลี่ยน **email address** ฯลฯ ตามที่ระบบได้อนุญาตให้ทำการ ท่านมีสิทธิในการขอให้ระงับการใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน และสิทธิในการคัดค้านการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน เว้นแต่กรณีที่เรามีเหตุในการปฏิเสธคำขอของท่านโดยชอบด้วยกฎหมาย (เช่น เราสามารถแสดงให้เห็นว่าการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน มีเหตุอันชอบด้วยกฎหมายยิ่งกว่า หรือเพื่อการก่อตั้งสิทธิเรียกร้องตามกฎหมาย การปฏิบัติตามหรือการใช้สิทธิเรียกร้องทางกฎหมาย หรือเพื่อประโยชน์สาธารณะตามภารกิจของเรา)

ลงนามแพทย์ผู้สมัคร \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ )

วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_