กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

เอกสารแสดงความยินยอม (Consent Form)

วันที่ _______________

ชื่อบริการ ____

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ____

❒ "ให้" ความยินยอม ❒ "ไม่ให้" ความยินยอม

ในการ..............*(ให้ศูนย์สุขภาพจิตที่ 12 กรมสุขภาพจิต เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลให้คู่ค้าและ/หรือพันธมิตรทาง ธุรกิจ เพื่อการวิเคราะห์ คัดสรรและนำเสนอผลิตภัณฑ์หรือบริการ สิทธิประโยชน์ รายการส่งเสริมการขาย หรือข้อเสนอต่าง ๆ ของคู่ค้าและ/หรือพันธมิตรนั้น)*................

ทั้งนี้ ก่อนการแสดงเจตนา ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารชี้แจงข้อมูล หรือได้รับคำอธิบายจากศูนย์สุขภาพจิตที่ 12 ถึง**วัตถุประสงค์**ในการเก็บรวบรวม ใช้หรือเปิดเผย ("ประมวลผล") ข้อมูลส่วนบุคคล และมีความเข้าใจดีแล้ว

ข้าพเจ้าให้ความยินยอมหรือปฏิเสธไม่ให้ความยินยอมในเอกสารนี้ด้วยความสมัครใจ ปราศจากการบังคับหรือชักจูง และข้าพเจ้าทราบว่าข้าพเจ้าสามารถถอนความยินยอมนี้เสียเมื่อใดก็ได้เว้นแต่ในกรณีมีข้อจำกัดสิทธิตามกฎหมายหรือยังมีสัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับศูนย์สุขภาพจิตที่ 12 ที่ให้ประโยชน์แก่ข้าพเจ้าอยู่

กรณีที่ข้าพเจ้าประสงค์จะขอถอนความยินยอม ข้าพเจ้าทราบว่าการถอนความยินยอมจะมีผลทำให้ .....(*ข้าพเจ้าอาจได้รับความสะดวกในการใช้บริการน้อยลง หรือ ไม่สามารถเข้าถึงฟังก์ชันการใช้งานบางอย่างได้ เป็นต้น*)..... และข้าพเจ้าทราบว่าการถอนความยินยอมดังกล่าว ไม่มีผลกระทบต่อการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้ดำเนินการเสร็จสิ้นไปแล้วก่อนการถอนความยินยอม

ลงชื่อ...

(................ ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง ....)

กรมสุขภาพจิต
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 12