



โรงพยาบาลราชพฤกษ์ Ratchaphruek Hospital

หนังสือยินยอมให้ประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้า _____ รับทราบและตกลงยินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวม และ/หรือ ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า และบุคคลที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าที่ได้ให้ไว้หรือมีอยู่กับบริษัทฯ หรือที่บริษัทฯ ได้รับ หรือเข้าถึงได้จากแหล่งอื่น รวมทั้งยินยอมให้บริษัทฯ เปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าเพื่อประโยชน์ในการ ประชุมสามัญผู้ถือหุ้น ประจำปี 2570

ข้าพเจ้ารับทราบว่า นโยบายการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทฯ มีการเผยแพร่บนเว็บไซต์ www.rph.co.th ของบริษัทฯ ในกรณีที่ข้าพเจ้าประสงค์จะใช้สิทธิใด ๆ ในฐานะเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล เช่น การขอให้ลบ ขอให้แก้ไขข้อมูล ร้องเรียนเกี่ยวกับการใช้ข้อมูล หรือเพิกถอนความยินยอม สามารถติดต่อได้ที่ : เจ้าหน้าที่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (Data Protection Officer) บริษัท โรงพยาบาลราชพฤกษ์ จำกัด (มหาชน), อีเมล : dpo@rph.co.th, สถานที่ติดต่อ : บริษัท โรงพยาบาลราชพฤกษ์ จำกัด (มหาชน) เลขที่ 456 หมู่ 14 ถนนมิตรภาพ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 40000

ลงชื่อ _____ ผู้ถือหุ้น
(_____)