

แบบฟอร์มคำขอใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล
Application Form for the Exercise Right of the Data Subject

พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562 ได้ให้สิทธิแก่เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลในการขอใช้สิทธิดำเนินการต่อข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของ บริษัท พอส เมดิกา ไลฟ์เทค จำกัด (มหาชน) (“บริษัทฯ”) ในฐานะผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคล หากท่านประสงค์จะใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล โปรดกรอกรายละเอียดในแบบฟอร์มนี้ ทั้งนี้ ข้อมูลที่ท่านระบุจะถูกนำไปใช้โดยมีวัตถุประสงค์ตามที่ท่านร้องขอเท่านั้น

The Personal Data Protection Act, B.E.2562 grants a data subject the rights related to their personal data under the control of Posh Medica Lifetec Public Company Limited (“The Company”) as a data controller. If you would like to exercise your rights, please fill out this application form. Personal information which is entered into this application form shall be used only for the purpose of carrying out the requested tasks.

1. ข้อมูลของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล / ผู้รับมอบอำนาจ (Personal data of the data subject / An authorization representative)
1.1 ข้อมูลของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล (Personal data of Data Subject) ชื่อ-นามสกุล (Full name)..... หมายเลขบัตรประชาชน/หนังสือเดินทาง (Identification Card/Passport No.)..... ที่อยู่ (Address)..... หมายเลขโทรศัพท์ (Telephone No.)..... e-mail..... หากท่านเป็นผู้รับมอบอำนาจจากเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล หรือเป็นผู้ใช้อำนาจปกครอง หรือผู้อนุบาล หรือผู้พิทักษ์ของเจ้าของข้อมูลที่เป็นผู้เยาว์ คนไร้ความสามารถ คนเสมือนไร้ความสามารถโปรดระบุข้อมูลของท่านในข้อ 1.2 If you are the authorization representative or a legal representative or a guardian of a minor or an incapacitated person, please fill out your personal data in 1.2
1.2 ข้อมูลของผู้รับมอบอำนาจ หรือผู้ใช้อำนาจปกครอง/ผู้อนุบาล/ผู้พิทักษ์ (Personal data of the authorization/legal representative/guardian) ชื่อ-นามสกุล (Full name) หมายเลขบัตรประชาชน/หนังสือเดินทาง (Identification Card/Passport No.) ที่อยู่ (Address) หมายเลขโทรศัพท์ (Telephone No.)..... e-mail.....

2. เอกสารพิสูจน์ตัวตน (Required identity documents)

โปรดยืนยันเอกสารพิสูจน์ตัวตน เพื่อยืนยันว่าท่านมีสิทธิได้รับข้อมูลที่ร้องขอภายใต้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562 ทั้งนี้ หากท่านไม่สามารถยืนยันหลักฐานในการยืนยันตัวตนที่เพียงพอ บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการปฏิเสธที่จะให้ข้อมูลส่วนบุคคลตามคำขอ

Please provide us with following identification to confirm that you are entitled to the information requested under the Personal Data Protection Act, B.E.2562. If you do not provide adequate proof of identity, we reserve the right to refuse to respond to your request.

2.1 กรณีเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล (For the data subject)

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง กรณีสัญชาติไทย
(A copy of identification card bearing signature of the data subject for Thai citizen)
- สำเนาหนังสือเดินทาง พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง กรณีต่างชาติ
(A copy of passport bearing signature of the data subject for foreigner)

2.2 กรณีเป็นผู้รับมอบอำนาจจากเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล (For the authorization representative)

- กรณีสัญชาติไทย (For Thai citizen)

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
(A copy of identification card bearing signature of the data subject)
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
(A copy of identification card bearing signature of the authorization representative)

หนังสือมอบอำนาจ (Power of Attorney)

- กรณีต่างชาติ (For foreigner)

- สำเนาหนังสือเดินทางของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
(A copy of passport bearing signature of the data subject for the data subject)
- สำเนาหนังสือเดินทางของผู้รับมอบอำนาจ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
(A copy of passport bearing signature of the authorization representative)
- หนังสือมอบอำนาจ (Power of Attorney)

3. รายละเอียดคำขอ (Generic details of the request)

3.1 ความสัมพันธ์ของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลกับบริษัทฯ (The data subject's relationship with the Company)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ลูกค้า (Customer) | <input type="checkbox"/> ผู้ให้บริการ/ผู้จำหน่าย (Vendor/Supplier) |
| <input type="checkbox"/> พนักงานปัจจุบัน (Exiting staff) | <input type="checkbox"/> พนักงานเกษียณ/ลาออกแล้ว (Former staff) |
| <input type="checkbox"/> ผู้มาติดต่อ (Visitor) | <input type="checkbox"/> อื่นๆ (Others)..... |


บริษัท พอส เมดิกา ไลฟ์เทค จำกัด (มหาชน) (สำนักงานใหญ่)

27/8 ซอย 01 กาญจนภิเษก 11/1 แขวงคันนายาว เขตคันนายาว กรุงเทพมหานคร 10230

โทรศัพท์ +66 (0) 2097-7700

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี: 0107568000094

3. รายละเอียดคำขอ (Generic details of the request)

3.2 สิทธิของเจ้าของข้อมูลที่ต้องการให้ดำเนินการ (Data subject right to be exercise)

- สิทธิในการเข้าถึงข้อมูล (Right of access)
- สิทธิในการแก้ไขข้อมูล (Right to rectification)
- สิทธิในการลบ/ทำลายข้อมูล (Right to erasure)
- สิทธิในการระงับใช้ข้อมูล (Right to restriction of processing)
- สิทธิในการคัดค้านการประมวลผล (Right to object to processing)
- สิทธิในการโอนย้ายข้อมูล (Right to data portability)
- สิทธิในการเพิกถอนความยินยอม (Right to withdraw the consent)

3.3 โปรดระบุข้อมูลที่ท่านต้องการใช้สิทธิ และเหตุผลของการขอใช้สิทธิ

(Please describe your personal data and provide reasons for your request)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. ข้อสงวนสิทธิของบริษัทฯ (Company Declaration)

บริษัทฯ อาจจำเป็นต้องปฏิเสธคำขอของท่านข้างต้นในกรณีดังต่อไปนี้ เพื่อให้เป็นไปตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

The Company may reject your request in following case:

4.1 คำขอของท่านไม่สมเหตุสมผล เช่น ท่านไม่มีอำนาจในการขอใช้สิทธิ หรือท่านได้ขอใช้สิทธิในลักษณะเดียวกัน หรือมีเนื้อหาเดียวกันบ่อยครั้งโดยไม่มีเหตุผลอันสมควร เป็นต้น

Your request is not valid, for example, you are not entitled to make a request, you have made repetitive requests without reasonable causes etc.

4.2 การใช้สิทธิของท่านก่อให้เกิดความเสียหายหรือมีผลกระทบต่อบุคคลอื่น

Your request causes damage or has any effect to another person.

4.3 กรณีที่ท่านคัดค้านการประมวลผลโดยใช้ฐานผลประโยชน์อันชอบธรรมของบริษัทฯ หากบริษัทฯ สามารถพิสูจน์ได้ว่าการใช้ข้อมูลนั้นเป็นไปเพื่อประโยชน์โดยชอบด้วยกฎหมายที่สำคัญยิ่งกว่าสิทธิของท่าน หรือเพื่อการก่อตั้งสิทธิเรียกร้องตามกฎหมาย การปฏิบัติตามหรือการใช้สิทธิเรียกร้องตามกฎหมาย หรือการยกข้อต่อสู้สิทธิเรียกร้องตามกฎหมาย หรือเพื่อปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562 มาตรา 32 บริษัทฯ อาจประมวลผลข้อมูลนั้นต่อไป



บริษัท พอส เมดิกา ไทฟ์เทค จำกัด (มหาชน) (สำนักงานใหญ่)

27/8 ซอย 01 กาญจนภิเษก 11/1 แขวงคันนายาว เขตคันนายาว กรุงเทพมหานคร 10230
โทรศัพท์ +66 (0) 2097-7700
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี: 0107568000094

Your right to object to processing based on legitimate interests shall not apply if we can demonstrate legitimate grounds to process your information, which take priority over your rights or if we need to process it for the establishment exercise or defense of legal claims in accordance with article 32 of the Personal Data Protection Act, B.E.2562.

- 4.4 ในกรณีที่ลบหรือทำลายข้อมูลนั้นจะส่งผลกระทบต่อเสรีภาพในการแสดงความคิดเห็น ภาวะผูกพันตามกฎหมาย ประโยชน์สาธารณะด้านสาธารณสุข การศึกษาวิจัยทางวิทยาศาสตร์และประวัติศาสตร์ หรือการยกขึ้นต่อสู้หรือการก่อตั้งสิทธิเรียกร้องตามกฎหมาย บริษัทฯ อาจจะไม่ลบหรือทำลายข้อมูลตามคำขอของท่านตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562 มาตรา 33

In certain circumstances, where erasure would adversely affect the freedom of expression, contradict a legal obligation, act against the public interest in the area of public health, act against the public interest in the area of scientific or historical research, or prohibit the establishment of a legal defense or exercise of the legal claims, we may not be able to erase the information you requested in accordance with article 33 of the Personal Data Protection Act, B.E.2562.

- 4.5 ข้อมูลส่วนบุคคลของท่านได้ถูกทำลาย ลบ หรือถูกทำให้เป็นข้อมูลที่ไม่สามารถระบุตัวตนของท่านตามแนวทางและวิธีปฏิบัติของการเก็บรักษาข้อมูลของบริษัทฯ แล้ว

We may have destroyed, erased, or made your personal data anonymous in accordance with our record retention obligations and practices.

- 4.6 บริษัทฯ จะดำเนินการตามคำขอของท่านภายใน 30 วันนับแต่วันที่รับคำขอและข้อมูลต่างๆ รวมถึงเอกสารหลักฐานประกอบจากท่านครบถ้วน ทั้งนี้ บริษัทฯ อาจขยายระยะเวลาเป็น 60 วัน ในกรณีที่มีความจำเป็นโดยขึ้นอยู่กับความซับซ้อนและปริมาณคำขอ

We shall fulfill your request within 30 days after receipt of your request and all required information and document, but please note that this time may be extended to 60 days, when necessary, taking into account the complexity and number of requests.

- 4.7 บริษัทฯ จะไม่เก็บค่าใช้จ่ายในการดำเนินการตามคำขอของท่าน อย่างไรก็ตาม บริษัทฯ อาจเก็บค่าใช้จ่ายตามสมควร หากปรากฏว่าคำขอของท่านเป็นคำขอฟุ่มเฟือยที่มีลักษณะเดียวกันซ้ำๆ หรือไม่มีมูลความจริง หรือมากเกินไปจนความจำเป็น

We will process your request free of charge. However, we charge a reasonable fee if your request is repetitive or manifestly unfounded or excessive.


บริษัท พอส เมดิกา ไบโเทค จำกัด (มหาชน) (สำนักงานใหญ่)

27/8 ซอย 01 กาญจนภิเษก 11/1 แขวงคันนายาว เขตคันนายาว กรุงเทพมหานคร 10230

โทรศัพท์ +66 (0) 2097-7700

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี: 0107568000094

4.8 หากบริษัทฯ ปฏิเสธคำขอใช้สิทธิของท่าน บริษัทฯ จะแจ้งเหตุผลให้ท่านทราบทาง e-mail หรือทางไปรษณีย์ลงทะเบียน โดยจัดส่งไปตามที่อยู่ที่ท่านระบุ ทั้งนี้ บริษัทฯ จะไม่รับผิดชอบหากข้อมูลสูญหายระหว่างการจัดส่งไปรษณีย์ หรือถูกส่งไปผิดที่ หรือข้อมูลที่จัดส่งถูกเปิดโดยบุคคลใดๆ

If we refuse to act on your request, we shall inform you of the reasons via e-mail or a registered mail which will be sent to the address identified in this application. Please be aware that we shall not be held liable if the registered mail is lost in the post or incorrectly delivered or opened by someone else.

4.9 บริษัทฯ อาจติดต่อท่านเพื่อขอข้อมูลหรือเอกสารเพิ่มเติมในกรณีที่คำขอของท่านไม่ชัดเจน หรือท่านไม่ได้ให้ข้อมูลหรือเอกสารหลักฐานที่เพียงพอแก่บริษัทฯ เพื่อดำเนินการตามคำขอของท่าน

We shall contact you for additional information or documents if your request is unclear or you do not provide sufficient information or documents for us to process your request.

5. คำยืนยันของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล / ผู้รับมอบอำนาจ

(Declaration of data subject / The authorization representative)

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจแบบฟอร์มคำขอฉบับนี้แล้ว และยืนยันว่าข้อมูลที่ข้าพเจ้าระบุในแบบฟอร์มคำขอนี้เป็นความจริงและข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิในการยื่นคำขอใช้สิทธิที่ระบุข้างต้นภายใต้ข้อกำหนดของพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562 ข้าพเจ้ารับทราบว่าบริษัทฯ ต้องดำเนินการพิสูจน์และยืนยันตัวตนของข้าพเจ้า และอาจจำเป็นต้องได้รับข้อมูลหรือเอกสารเพิ่มเติมเพื่อดำเนินการตามคำขอของข้าพเจ้า และข้าพเจ้าตระหนักว่าข้าพเจ้าอาจถูกดำเนินคดีทางกฎหมายจากบริษัทฯ หากจงใจให้ข้อมูลที่ผิดหรือข้อมูลที่ไม่ถูกต้องโดยมีเจตนาทุจริต

I confirm that I have read and understood the term of this application form and certify that the information given in this application form is true and that I am entitled to make the request identified above under the term of the Personal Data Protection Act, B.E.2562. I understand that the Company must verify my identity and may need to obtain more detailed information or documents in order to response to my request. I am aware that I may be taken legal action by the Company if I deliberately give incorrect information with fraud intention.

ลายมือชื่อเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล / ผู้รับมอบอำนาจ

Signature of the data subject / The authorization representative

.....

(.....)

วันที่ (Date)


บริษัท พอส เมดิกา ไลฟ์เทค จำกัด (มหาชน) (สำนักงานใหญ่)

27/8 ซอย 01 ถนนจันทน์เกษ 11/1 แขวงคั่นนายาว เขตคั่นนายาว กรุงเทพมหานคร 10230

โทรศัพท์ +66 (0) 2097-7700

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี: 0107568000094

โปรดส่งแบบฟอร์มคำขอฯ และเอกสารยืนยันตัวตนของท่านมาที่:

Please send this application form and your identity document to:

บริษัท พอส เมดิกา ไลฟ์เทค จำกัด (มหาชน)	Posh Medica Lifetech Public Company Limited
ฝ่ายกฎหมาย	Legal Division
เลขที่ 27/8 ซอย 01 ถนนจันทน์เกษ 11/1 แขวงคั่นนายาว เขตคั่นนายาว กรุงเทพมหานคร 10230	27/8 Soi 01 Kanchanaphisek 11/1 Khan Na Yao Sub-district, Khan Na Yao District, Bangkok 10230
โทรศัพท์ 02-097-7700	Tel. 02-097-7700