

ตามนโยบาย “๓๐ บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ของหน่วยบริการเอกชน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑. ข้าพเจ้า

๑.๑ ชื่อ - นามสกุล.....

สัญชาติ..... อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....

๑.๒ นิติบุคคล.....

โดย (๑) .....

เลขประจำตัวประชาชน

และ (๒).....

เลขประจำตัวประชาชน

เป็นนิติบุคคลประเภท.....จดทะเบียนเมื่อ.....

เลขทะเบียน.....

๑.๓ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย/ตรอก.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

หมายเลขโทรศัพท์มือถือ

ข้อมูลหน่วยบริการ (  คลินิก/  ร้านยา/  โรงพยาบาลเอกชน/  อื่นๆ)

๑. ชื่อหน่วยบริการ.....

๒. รหัสหน่วยบริการ.....

๓. สถานที่ตั้งหน่วยบริการ เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย/ตรอก.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์

หมายเลขโทรศัพท์.....

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

๔. ประเภทหน่วยบริการ

คลินิกเวชกรรม

คลินิกกายภาพบำบัด

คลินิกทันตกรรม

คลินิกการแพทย์แผนไทย

คลินิกเฉพาะด้าน

คลินิกการประกอบโรคศิลปะ

คลินิกเทคนิคการแพทย์

สหคลินิก ประกอบด้วย.....

คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์

ร้านยา

โรงพยาบาล

อื่นๆ.....

หมายเหตุ : หน่วยบริการฯ สามารถสมัครเข้าร่วมตามนโยบาย “๓๐ บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ผ่านการสมัครโดยตรงกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เท่านั้น เนื่องจากต้องมีการตรวจสอบเอกสารประกอบการสมัคร

**ตามนโยบาย “๓๐ บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ของหน่วยบริการเอกชน**

๕. Web Application ที่ใช้ (  หมอพร้อม Station /  สอน.บัดดี้ /  HIS/  อื่นๆ )

๖. ผู้ประกอบวิชาชีพพร้อม (ถ้ามี โปรดระบุ)

๖.๑ ชื่อ - นามสกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย/ตรอก.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

หมายเลขโทรศัพท์มือถือ

๖.๒ ชื่อ - นามสกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย/ตรอก.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

หมายเลขโทรศัพท์มือถือ

๖.๓ ชื่อ - นามสกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย/ตรอก.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

หมายเลขโทรศัพท์มือถือ

๖.๔ ชื่อ - นามสกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย/ตรอก.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

หมายเลขโทรศัพท์มือถือ

หมายเหตุ : หน่วยบริการฯ สามารถสมัครเข้าร่วมตามนโยบาย “๓๐ บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ผ่านการสมัครโดยตรงกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เท่านั้น เนื่องจากต้องมีการตรวจสอบเอกสารประกอบการสมัคร

**ตามนโยบาย “๓๐ บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ของหน่วยบริการเอกชน**

ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่างๆ มาด้วยจำนวน.....ฉบับ คือ

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน (แบบ ข.ย.๕) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (ถ้ามี)
- สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.๑๙) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (ถ้ามี)
- สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.๗) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (ถ้ามี)
- กรณีมอบอำนาจ
  - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้มอบอำนาจ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
  - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
  - หนังสือมอบอำนาจ พร้อมติดอากรแสตมป์
- อื่นๆ.....

**ข้อตกลงยินยอมของผู้ประกอบกิจการหน่วยบริการ**

๑. ข้าพเจ้ารับทราบว่ากระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง มีหน้าที่และอำนาจตามกฎหมายในการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า ตามวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานตามนโยบาย “๓๐ บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒ และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

๒. ข้าพเจ้ารับทราบและตกลงปฏิบัติตามข้อกำหนดและเงื่อนไขการเชื่อมโยงข้อมูลบริการด้านสาธารณสุขที่กระทรวงสาธารณสุขหรือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด รวมทั้งรับทราบเงื่อนไขในการให้กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง และหน่วยบริการอื่น เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้ เพื่อประโยชน์ในการประมวลผลและการตรวจสอบข้อมูลในการเข้าร่วมดำเนินงาน ตามนโยบาย “๓๐ บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒ และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

๓. ข้าพเจ้ารับทราบว่า การนำเข้าสู่ข้อมูลสู่ระบบคอมพิวเตอร์ซึ่งข้อมูลอันเป็นเท็จเป็นการกระทำความผิดตามพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. ๒๕๕๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

๔. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....

หมายเหตุ : หน่วยบริการฯ สามารถสมัครเข้าร่วมตามนโยบาย “๓๐ บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ผ่านการสมัครโดยตรงกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เท่านั้น เนื่องจากต้องมีการตรวจสอบเอกสารประกอบการสมัคร