

ตามนโยบาย “๓๐ บาท รักษาทุกที่” 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

☐ คลินิกทันตกรรม

☐ คลินิกเฉพาะด้าน

☐ คลินิกเทคนิคการแพทย์

☐ คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์

☐ โรงพยาบาล

☐ คลินิกกายภาพบำบัด

☐ คลินิกการแพทย์แผนไทย

☐ คลินิกการประกอบโรคศิลปะ

☐ สหคลินิก ประกอบด้วย.....

☐ ร้านยา

☐ อื่นๆ.....

หมายเหตุ : หน่วยบริการฯ สามารถสมัครเข้าร่วมตามนโยบาย “๓๐ บาท รักษาทุกที่”

ผ่านการสมัครโดยตรงกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เท่านั้น เนื่องจากต้องมีการตรวจสอบเอกสารประกอบการสมัคร

ตามนโยบาย “๓๐ บาท รักษาทุกที่” 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 บาท รักษาทุกที่”

ผ่านการสมัครโดยตรงกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เท่านั้น เนื่องจากต้องมีการตรวจสอบเอกสารประกอบการสมัคร

ตามนโยบาย “๓๐ บาท รักษาทุกที่” 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.....

☐ ข้อตกลงยินยอมของผู้ประกอบการกิจการหน่วยบริการ

๑. ข้าพเจ้ารับทราบว่ากระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง มีหน้าที่และอำนาจตามกฎหมายในการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าตามวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานตามนโยบาย “๓๐ บาท รักษาทุกที่” ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒ และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

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

๓. ข้าพเจ้ารับทราบว่าการนำเข้าสู่ข้อมูลสู่ระบบคอมพิวเตอร์ซึ่งข้อมูลอันเป็นเท็จเป็นการกระทำความผิดตามพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. ๒๕๕๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

๔. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....