

HMI MEDICAL
BORANG PERMINTAAN AKSES DATA

Maklumat berikut diperlukan bagi membantu kami memberikan maklum balas yang cepat dan tepat terhadap Permintaan Akses Data anda menurut Akta Perlindungan Data Peribadi 2010.

Nama Penuh Subjek Data atau Orang yang Berkaitan (mengikut Kad Pengenalan) :
Kad Pengenalan/Pasport No. Subjek Data atau Orang yang Berkaitan :
Hubungan Orang yang Berkaitan dengan Subjek Data :
Alamat :
Nombor Telefon Bimbit :
Alamat E-mel :
Nama hospital/syarikat yang anda minta data peribadi daripadanya (" Pengawal Data ") :

Jika anda pernah menjadi pesakit di Pengawal Data yang adalah hospital atau pusat perubatan, sila nyatakan Nombor Rekod Perubatan anda

Jika anda sedang atau pernah bekerja di Pengawal Data, sila nyatakan nombor Pekerjaan dan tempoh perkerjaan anda

Sila nyatakan butiran maklumat yang anda kehendaki daripada Pengawal Data.

Pengisytiharan:

Saya ialah Subjek Data/Orang yang Berkaitan yang dinamakan di atas dan dengan ini meminta, di bawah peruntukan Seksyen 12 dan 30 Akta Perlindungan Data Peribadi 2010, supaya Pengawal Data memberikan saya satu salinan data peribadi yang disimpan mengenai diri saya seperti yang dinyatakan di atas. Saya memahami bahawa mungkin terdapat bayaran untuk perkhidmatan ini dan Pengawal Data akan menghubungi saya untuk meminta bayaran tersebut. Saya juga mengambil maklum bahawa Pengawal Data akan memberikan maklum balas dalam tempoh yang diperuntukkan di bawah Akta Perlindungan Data Peribadi 2010 selepas menerima pembayaran daripada saya dan akan memaklumkan kepada saya tarikh dan waktu untuk mengambil salinan dokumen tersebut secara peribadi.

Tandatangan: _____

Tarikh: _____