



ใบสมัครเข้าร่วมโครงการสนับสนุนการเข้าถึงยา mBC

ข้อมูลจากผู้ป่วย

ผู้ป่วย/ผู้ให้ความยินยอมต้องกรอกข้อมูลในส่วนนี้ ให้ครบถ้วนและสมบูรณ์ โดยใช้ปากกาสีดำหรือสีน้ำเงิน

ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย: เพศ: ชาย หญิง วัน/เดือน/ปีเกิด:

HN (ของสถานพยาบาลที่ผู้ป่วยจะรับยานับสนุน): ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้:

เบอร์โทรศัพท์: อีเมล:

เลขที่บัตรประชาชนผู้ป่วย/หมายเลขหนังสือรับรองการทำงาน (work permit):

โรงพยาบาลที่ผู้ป่วยประสงค์จะรับยานับสนุน:

ผู้ให้ความยินยอมแทนหรือบุคคลที่ติดต่อได้กรณีเร่งด่วน (ถ้ามี*): ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (ถ้ามี*):

เบอร์โทรศัพท์ (ถ้ามี*): *หากไม่มี สามารถขีด “-” หรือเว้นว่างไว้ได้

ข้าพเจ้า ได้อ่าน และเข้าใจข้อความทั้งหมดในหนังสือฉบับนี้ และหนังสือแจ้งรายละเอียดการเข้าร่วมโครงการฯ เป็นอย่างดีแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานว่า ข้าพเจ้า (ก) รับรองว่า ข้อมูลที่ระบุในใบสมัครนี้เป็นความจริงและถูกต้องทุกประการ รวมทั้งเอกสารที่แนบมาทั้งหมดเป็นสำเนาที่ถูกต้องของเอกสารต้นฉบับ; (ข) อนุญาตให้แพทย์ผู้รักษาเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการประกันสุขภาพ แก่ตัวแทนของบริษัทฯ เพื่อใช้ในการสมัครและการประเมินการเข้าร่วมโครงการ รวมทั้งใช้สำหรับติดตามและตรวจสอบการได้รับยาในโครงการนี้เท่านั้น ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ และตัวแทนของบริษัทฯ เก็บรวบรวม ใช้ ตรวจสอบ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้ากับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการดำเนินโครงการและการตรวจสอบระหว่างโครงการจนถึง 5 ปีหลังจากวันที่โครงการสิ้นสุดลง ตามความจำเป็น เว้นแต่มีการกำหนดหรืออนุญาตโดยกฎหมายให้ระยะเวลาในการจัดเก็บข้อมูลดังกล่าวสั้นน้อยกว่าหรือมากกว่าระยะเวลาที่บริษัทกำหนดไว้ ทั้งนี้ ข้าพเจ้าเข้าใจว่า เมื่อใดก็ตาม หากตรวจพบว่าข้อมูลที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จหรือไม่ถูกต้อง ข้าพเจ้าอาจจะหมดสิทธิ์ที่จะเข้าร่วมโครงการต่อไป; (ค) เข้าใจว่าข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับ ทั้งในระหว่างและภายหลังการเข้าร่วมโครงการ โดยจะมีการออกรหัสประจำตัวเฉพาะสำหรับการเข้าร่วมโครงการนี้ เพื่อใช้ในการอ้างอิงถึงข้าพเจ้า; (ง) เข้าใจว่าการกรอกข้อมูลและลงนามในใบสมัครนี้ไม่ได้เป็นการรับรองว่าข้าพเจ้าจะได้รับการอนุมัติให้เข้าร่วมโครงการ; (จ) เข้าใจว่าข้าพเจ้ามีสิทธิ์ถอนคำยินยอมและถอนตัวออกจากโครงการนี้ได้ทุกเมื่อ; (ฉ) เข้าใจว่าหากข้าพเจ้าเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาของบริษัทฯ ตัวแทนของบริษัทฯ จะรวบรวม ดำเนินการ และวิเคราะห์ข้อมูลการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น เพื่อประเมินอาการข้างเคียงที่เกี่ยวข้องกับการใช้ผลิตภัณฑ์ของบริษัทฯ ส่งให้หน่วยงานผู้รับผิดชอบ ซึ่งตั้งอยู่นอกประเทศ และส่งให้กับหน่วยงานกำกับดูแลหากเข้าข่ายที่ต้องรายงาน โดยไม่มีการเปิดเผยชื่อของข้าพเจ้า และบริษัทฯ อาจมีการให้ข้อมูลกับบริษัทอื่นที่มีสัญญาร่วมกันด้วยจุดประสงค์ตามกฎหมายข้อบังคับของหน่วยงานกำกับดูแล; (ช) ยินยอมให้ตัวแทนของบริษัทฯ และบริษัทฯ ติดต่อข้าพเจ้าและ/หรือแพทย์ผู้รักษาของข้าพเจ้า เพื่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม (ซ) เข้าใจว่าบริษัทฯ มีสิทธิ์ขาดในการตัดสินใจการสมัครเข้าร่วมโครงการและการอนุมัติให้แก่ผู้ป่วยแต่ละราย อีกทั้ง บริษัทฯ มีสิทธิ์ในการปรับเปลี่ยนหรือยุติโครงการ โดยไม่จำเป็นต้องได้รับความยินยอมจากข้าพเจ้า; (ฅ) หากข้าพเจ้าได้รับการอนุมัติให้เข้าร่วมโครงการ การลงลายมือชื่อของข้าพเจ้าข้างท้ายนี้ หมายความว่า ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการนี้โดยความสมัครใจ ตลอดจนจะปฏิบัติตามข้อกำหนดของโครงการนี้ทุกประการ รวมทั้งไม่เรียกร้องสิทธิอื่นใดที่นอกเหนือไปจากสิ่งที่ข้าพเจ้าพึงได้ตามที่กำหนดไว้ในโครงการ; (ณ) ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าได้อ่านและเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทฯ แล้ว (ตามนโยบายความเป็นส่วนตัวสำหรับผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ในโครงการ mBC ที่ระบุแนบท้ายแบบฟอร์มนี้); (น) ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ และตัวแทนของบริษัทฯ เก็บรวบรวมและประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าตามวัตถุประสงค์และการดำเนินงานตามที่ระบุไว้ในนโยบายความเป็นส่วนตัว

ผู้ป่วยลงนาม → ลายมือชื่อผู้ป่วย วัน/เดือน/ปี
ตัวแทนลงนาม → ลายมือชื่อผู้ให้ความยินยอมแทน (ถ้ามี*) วัน/เดือน/ปี
 *หากไม่มี สามารถขีด “-” หรือเว้นว่างไว้ได้

ข้อมูลจากแพทย์

แพทย์ต้องกรอกข้อมูลในส่วนนี้ ให้ครบถ้วนและสมบูรณ์ โดยใช้ปากกาสีดำหรือสีน้ำเงิน

ชื่อ-นามสกุลแพทย์ผู้รักษา: ความเชี่ยวชาญ:

ชื่อสถานพยาบาล: เบอร์โทรศัพท์: อีเมล:

ผลการวินิจฉัยของแพทย์: โรคมะเร็งเต้านมระยะลุกลามในสตรีที่มีผล HR เป็นบวก และ HER-2 เป็นลบ และเห็นควรได้รับการรักษาด้วยยา Ribociclib ร่วมกับ aromatase inhibitor หรือ Fulvestrant และมีความจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่อง

ข้าพเจ้า ในฐานะแพทย์ผู้รักษา ข้าพเจ้า ได้อ่านและเข้าใจข้อความทั้งหมดในหนังสือฉบับนี้และหนังสือแจ้งรายละเอียดการเข้าร่วมโครงการฯ เป็นอย่างดีแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานว่า ข้าพเจ้า (ก) ยืนยันว่าผู้ป่วยตามที่ระบุนามข้างต้นเป็นผู้ป่วยซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลรักษาของข้าพเจ้า และมีเหตุผลทางการแพทย์ที่สนับสนุนการใช้ยา Ribociclib ตามข้อบ่งชี้ซึ่งได้รับการอนุมัติจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา อีกทั้ง ผู้ป่วยมีคุณสมบัติเหมาะสมตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ; (ข) ได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยและ/หรือผู้แทนของผู้ป่วย ให้สามารถเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยแก่ตัวแทนของบริษัทฯ เพื่อใช้ในการสมัครเข้าร่วมโครงการ รวมทั้งใช้ในการดำเนินการต่างๆของโครงการ ตามความจำเป็น และข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลที่ระบุในใบสมัครนี้เป็นความจริงและถูกต้องทุกประการ; (ค) ยินยอมให้ตัวแทนของบริษัทฯ ติดต่อข้าพเจ้าและ/หรือผู้ป่วยได้โดยตรง เพื่อให้ข้อมูลเพิ่มเติม หรือสอบถามข้อมูลที่ใช้สำหรับการเข้าร่วมโครงการ รวมทั้งติดตามและตรวจสอบการได้รับยาในโครงการด้วย; (ง) ยินยอมให้ตัวแทนของบริษัทฯ และบริษัทฯ ดำเนินการจัดส่งข้อมูลตามขั้นตอนการรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากยาของบริษัทฯ ตามที่ได้แจ้ง และข้าพเจ้าเข้าใจแล้วข้างต้น รวมถึงยินยอมให้ตัวแทนบริษัทฯ และบริษัทฯ ติดต่อข้าพเจ้าและ/หรือผู้ป่วย เพื่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม; (จ) รับรองว่ายาในโครงการจะถูกนำมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยตามที่ระบุนามข้างต้นเท่านั้น โดยไม่มีการคิดมูลค่ายา; (ฉ) ยืนยันว่า ข้าพเจ้าไม่ได้รับผลประโยชน์หรือสิ่งตอบแทนใดๆจากการที่ผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการนี้; (ช) เข้าใจว่าบริษัทฯ มีสิทธิ์ในการปรับเปลี่ยนหรือยุติโครงการ โดยไม่จำเป็นต้องได้รับความยินยอมจากข้าพเจ้า; (ณ) ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าได้อ่านและเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทฯ แล้ว (ตามนโยบายความเป็นส่วนตัวสำหรับผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ในโครงการ mBC PAP ที่ระบุแนบท้ายแบบฟอร์มนี้); (น) ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ และตัวแทนของบริษัทฯ เก็บรวบรวมและประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าตามวัตถุประสงค์และการดำเนินงานตามที่ระบุไว้ในนโยบายความเป็นส่วนตัว

แพทย์ลงนาม → ลายมือชื่อแพทย์ผู้รักษา วัน/เดือน/ปี

ใบสมัครเข้าร่วมโครงการสนับสนุนการเข้าถึงยา mBC PAP ฉบับที่ 1.0 วันที่ 7 ส.ค. 2566 P3 Number TH2210191431 (อังกฤษ Master Template ฉบับที่ 1.0)

นโยบายของโนวาartisเกี่ยวกับการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลสำหรับผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ภายใต้โครงการ mBC

ภายใต้โครงการ mBC PAP (“โครงการ”) บริษัท โนวาartis (ประเทศไทย) จำกัด (“โนวาartis”) เป็นผู้รับผิดชอบแต่เพียงผู้เดียวสำหรับการเก็บรวบรวมและการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของท่านตามที่กำหนดไว้และทำอะไร ดังนั้นจึงมีหน้าที่เป็น “ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคล”

ท่านได้รับแจ้งนโยบายความเป็นส่วนตัวนี้เนื่องจากผู้ดูแลโครงการ มีการเก็บรวบรวมและประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของท่านภายใต้โครงการ

นโยบายความเป็นส่วนตัวนี้มีข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ว่าผู้ดูแลโปรแกรมของเราดำเนินการอะไรบ้าง ดำเนินการอย่างไรและอย่างไร ภายใต้ขอบเขตสิทธิ์ที่ท่านมี จึงขอให้ท่านอ่านนโยบายความเป็นส่วนตัวนี้ด้วยละเอียดถี่ถ้วน

ประเภทของข้อมูลส่วนบุคคลที่มีการเก็บรวบรวมและประมวลผล

บริษัท ต็อกควิตี้ (ประเทศไทย) จำกัด (ต่อไปนี้เรียกรวมกันว่า “ต็อกควิตี้”) ซึ่งเป็นผู้บริหารโครงการที่โนวาartisแต่งตั้งให้ดำเนินการรับสมัครเข้าร่วมโครงการและงานด้านการจัดการ ซึ่งรวมถึงบริหารจัดการเกี่ยวกับการปฏิบัติงานและการติดตามโครงการ ดังนั้นจึงมีหน้าที่เป็น “ผู้ประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล” จะเก็บรวบรวมและประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน

ข้อมูลของบุคลากรทางการแพทย์ (แพทย์): ชื่อ-นามสกุล; ลายเซ็น; ข้อมูลการติดต่อ – เบอร์โทรศัพท์; อีเมล; ความเชี่ยวชาญ และชื่อโรงพยาบาล/ชื่อคลินิก

ข้อมูลของผู้ป่วย: ชื่อ-นามสกุล; ลายเซ็น; เพศ; หมายเลขประจำตัวโรงพยาบาลของผู้ป่วย; วันเกิด; ที่อยู่; หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน/หมายเลขหนังสือรับรองการทำงาน (work permit); ข้อมูลการติดต่อ – เบอร์โทรศัพท์; อีเมล; ข้อมูลด้านสุขภาพ; ข้อมูลการรักษา และข้อมูลสิทธิการรักษา

ข้อมูลของผู้ดูแล: ชื่อ-นามสกุล; ลายเซ็น; ข้อมูลการติดต่อ – เบอร์โทรศัพท์; และข้อมูลความสัมพันธ์

โครงการที่สามารถเห็นข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน

ข้อมูลส่วนบุคคลของท่านจะถูกจัดเก็บอย่างปลอดภัยและเป็นความลับ ซึ่งจะเปิดเผยให้กับเพียงบุคคลดังต่อไปนี้

- โนวาartis, บริษัทในกลุ่มโนวาartis (เช่น ผู้ติดตามโครงการ, ผู้ตรวจสอบ, ผู้แทนที่ได้รับมอบอำนาจ);
- บริษัทใหม่ที่ได้รับสิทธิ์หรือใบอนุญาตจากบริษัทโนวาartis หรือบางส่วนของธุรกิจ หากมีในอนาคต;
- หน่วยงานที่รับผิดชอบด้านสุขภาพ หรือ หน่วยงานอื่นใดที่มีอำนาจตามกฎหมาย เช่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย;
- บุคคลที่สามกลุ่มอื่นๆ ที่จำเป็นเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการ (ซึ่งอาจรวมถึงกลุ่มบุคคลที่สามที่อยู่ในเขตอำนาจศาลอื่น)

ผู้ดูแลโครงการของโนวาartisจะได้รับเพียงข้อมูลที่มีการแปลงเป็นรหัสแล้ว เพื่อใช้ในวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานตามปกติเท่านั้น ยกเว้นในกรณีที่คุณเป็นผู้ดูแลเป็นคนเดียวกับผู้ตรวจสอบ

ข้อมูลของท่านจะถูกใช้ในโครงการอย่างไร

ผู้บริหารโครงการจะดำเนินการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของท่านเพื่อวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้ (“วัตถุประสงค์”):

- เพื่อพิจารณาเข้าโครงการ;
- เพื่อดำเนินการและจัดการโครงการ (รวมถึงการตอบคำถาม หรือขอข้อมูลท่าน ในฐานะผู้ป่วย/ผู้ดูแล/แพทย์ และการจัดส่งยานยนต์ส่วนบุคคล);
- เพื่อความยั่งยืนของโครงการ;
- เพื่อติดตามผลความปลอดภัยในการใช้ยา (เช่น การติดตามอาการข้างเคียงจากยา);
- เพื่อปกป้องสิทธิประโยชน์ของบริษัทและเพื่อยืนยันการปฏิบัติตามข้อกำหนดและการรายงานต่างๆ (เช่น การปฏิบัติตามนโยบายของบริษัท, ข้อกำหนดทางกฎหมายท้องถิ่น, ภาษีและการหักเงิน, การจัดการกรณีที่ถูกกล่าวหาว่าประพฤติมิชอบหรือการฉ้อโกง การดำเนินการตรวจสอบ และการต่อสู้คดีความ);
- เพื่อจัดการการควบคุมกิจการที่เกี่ยวข้องกับบริษัท;
- วัตถุประสงค์อื่นใดที่กำหนดโดยกฎหมายและหน่วยงานที่มีอำนาจ;

การเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคลและบุคคลที่สามารถเข้าถึงหรือได้รับโอนข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน

โนวาartisและบริษัทในเครือจะไม่ขาย แบ่งปันหรือถ่ายโอนข้อมูลส่วนบุคคลของท่านให้กับกลุ่มบุคคลอื่นนอกเหนือจากกลุ่มบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจซึ่งระบุไว้ในนโยบายฉบับนี้ ข้อมูลส่วนบุคคลของท่านอาจถูกเข้าถึงหรือถ่ายโอนไปยังกลุ่มบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจในระหว่างการดำเนินกิจกรรมของโนวาartisและเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ได้รับไว้ข้างต้น กลุ่มบุคคลภายนอกที่ได้รับมอบอำนาจมีหน้าที่ตามสัญญาในการรักษาความลับและความปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคลของท่านตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562 ข้อมูลส่วนบุคคลของท่านยังอาจถูกเข้าถึงหรือถ่ายโอนไปยังหน่วยงานราชการ หรือศาล ไม่ว่าจะโดยหน่วยงานในประเทศหรือระหว่างประเทศซึ่งมีหน้าที่ในการบังคับใช้กฎหมายและซึ่งโนวาartisมีหน้าที่ที่จะต้องดำเนินการดังกล่าวตามกฎหมายหรือระเบียบที่ใช้บังคับหรือตามคำร้องขอ

ข้อมูลส่วนบุคคลที่โนวาartisรวบรวมจากท่านอาจถูกประมวลผล เข้าถึง หรือจัดเก็บในประเทศอื่นนอกประเทศไทย ซึ่งประเทศดังกล่าวอาจไม่ได้ให้การคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลในระดับเดียวกัน โนวาartisจะทำให้ท่านมั่นใจถึงการปกป้องข้อมูลส่วนบุคคลของท่านโดย (1) ใช้ระดับความคุ้มครองที่เข้ากันได้ตามกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลที่ใช้บังคับในประเทศไทย และ (2) ดำเนินการตามนโยบายและมาตรฐานของโนวาartisที่เกี่ยวข้องกับความคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลและการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลภายใน สำหรับการถ่ายโอนข้อมูลส่วนบุคคลภายในกลุ่มบริษัทของโนวาartis กลุ่มบริษัทโนวาartisได้มีการใช้กฎ Binding Corporate Rules (BCR) ของบริษัทซึ่งเป็นระบบหลักการ ระเบียบ และเครื่องมือที่กำหนดขึ้นตามกฎหมายของยุโรป หากต้องการศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมท่านสามารถเข้าไปที่เว็บไซต์ www.novartis.com/privacy/privacy-notice-pharmacovigilance สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับ BCR ของโนวาartis

มาตรการทางเทคนิคและการจัดการทางองค์กรเพื่อการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

โนวาartisได้ใช้มาตรการทางเทคนิคและการจัดการทางองค์กรที่เหมาะสมเพื่อจัดให้มีการคุ้มครองความปลอดภัยและความลับที่เพียงพอเพื่อปกป้องข้อมูลส่วนบุคคลของท่านตามที่กำหนดไว้ภายใต้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของประเทศไทย โดยที่มีเป้าหมายเพื่อป้องกันการสูญเสียข้อมูลโดยไม่ตั้งใจหรือโดยไม่ชอบด้วยกฎหมาย การเปิดเผยหรือการเข้าถึงโดยไม่ได้รับอนุญาต และการประมวลผล การทำลายหรือการแก้ไขโดยวิธีการอื่นใดโดยไม่ชอบด้วยกฎหมาย

การเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน

โนวาartisจะเก็บรักษาข้อมูลส่วนบุคคลของท่านไว้เพียงเท่าที่จำเป็นเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการรวบรวมและเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย

สิทธิของท่านและการใช้สิทธิ

ท่านสามารถใช้สิทธิต่อไปนี้ภายใต้เงื่อนไขที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของประเทศไทย โดยการติดต่อกับบริษัท ต็อกควิตี้ (ประเทศไทย) จำกัด ที่ docquitycareth@docquity.com

- สิทธิในการเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคลของท่านที่โนวาartisประมวลผล และหากท่านเชื่อว่าข้อมูลใดของท่านไม่ถูกต้อง ถ้าสมัยหรือไม่สมบูรณ์ ท่านมีสิทธิร้องขอให้แก้ไขหรือปรับเปลี่ยนให้เป็นปัจจุบัน สิทธิในการร้องขอให้ทำการลบข้อมูลส่วนบุคคลของท่านหรือจำกัดการประมวลผลเฉพาะบางประเภท
- สิทธิในการถอนความยินยอมของท่านได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่องานที่ต้องทำตามกฎหมายของการประมวลผลก่อนหน้าที่จะได้มีการถอนความยินยอมนั้น และสิทธิในการจำกัดการใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน
- สิทธิในการคัดค้านการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน และสิทธิในการคัดค้านการสื่อสารการตลาดโดยตรง และสิทธิในการขอโอนข้อมูลส่วนบุคคลของท่านไปให้ผู้อื่น

บริษัทจะดำเนินการตามคำขอตามบทบัญญัติแห่งกฎหมายที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตามการรับทราบว่ามีข้อสงสัยเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของท่านหรือต้องการใช้สิทธิดังกล่าวข้างต้น กรุณาติดต่อเจ้าหน้าที่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของโนวาartisได้ที่ sea.cdpo@novartis.com หากท่านมีความไม่พอใจกับวิธีการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน กรุณาแจ้งคำร้องของท่านกับเจ้าหน้าที่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของโนวาartis ซึ่งจะตรวจสอบข้อกังวลของท่านได้ที่ global.privacy_office@novartis.com และท่านยังมีสิทธิที่จะยื่นคำร้องทุกข์กับหน่วยงานของท้องถิ่นที่ท่านที่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

บริษัท ต็อกควิตี้ (ประเทศไทย) จำกัด

• โทรศัพท์: 02-080-0661 • อีเมล: docquitycareth@docquity.com • Line ID: @dcpap