

# 菲臘牙科醫院

## 查閱個人資料申請

### 第一部份：資料當事人詳情（請附上香港身份證/護照真確副本）

姓名： \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

英文姓名

性別： \_\_\_\_\_ 出生日期： \_\_\_\_\_ 香港身份證/證件\*號碼： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_

日間聯絡電話： \_\_\_\_\_ 其他聯絡電話： \_\_\_\_\_

醫院檔案編號： \_\_\_\_\_

### 第二部份：獲授權人士詳情

（若本申請乃由獲授權人士代表第一部份所註明的資料當事人提出，則須填寫此部份）

姓名： \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

英文姓名

性別： \_\_\_\_\_ 出生日期： \_\_\_\_\_ 香港身份證/證件\*號碼： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_

日間聯絡電話： \_\_\_\_\_ 其他聯絡電話： \_\_\_\_\_

獲授權人士與資料當事人的關係必須是下列其中一項（請在適當方格內加✓號）：

- 請選擇  資料當事人年齡未滿十八歲，而獲授權人士對資料當事人有父母責任；
- 或  獲授權人士獲資料當事人授權提交「查閱個人資料申請」，以及代其領取本要求內所述的所有個人資料；
- 或  獲授權人士獲香港法院任命管理資料當事人的事務。

# 請一併提供能證明獲授權人士與資料當事人之間關係的證件真確副本。該證件可以是：

出生證明書／法定管養權證明書（若獲授權人士聲稱對資料當事人有父母責任）；

或 資料當事人簽署的授權書正本（若獲授權人士聲稱已獲資料當事人的授權）；

或 法院簽發任命獲授權人士管理資料當事人事務的法院文件（若資料當事人無能力管理本身事務）

# 在向本院提交本「查閱個人資料申請」表格時，請親身出示獲授權人士及資料當事人的香港身份證／護照正本或提交真確副本。

## 聲明及簽署：

1. 資料當事人要求菲臘牙科醫院提供一份資料當事人的個人資料複本；
2. 資料當事人明白菲臘牙科醫院是須保存資料當事人之個人資料正本；
3. 在適用情況下，資料當事人已向獲授權人士發出不可撤銷之授權，准許其代表資料當事人處理是次「查閱個人資料申請」及領取所要求的個人資料；
4. 資料當事人及獲授權人士（如適用者）謹此聲明「查閱個人資料申請」表格內提供的資料準確無訛；
5. 資料當事人及獲授權人士（如適用者）明瞭個人資料複本收費是不予退還的，而有關費用亦必須付清才可領取要求的資料；
6. 本人根據下面收費表所訂費用，附上港幣\_\_\_\_\_元之支票（號碼：\_\_\_\_\_），以繳付是項申請的費用。

資料當事人簽署： \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_

獲授權人士簽署： \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_

---

### 個人資料的複本收費表

文件影印費	每張 \$1 (一紙雙面影印會以兩張計)
-------	-------------------------

X-光片複本費	每張 \$290
---------	----------

\* 請刪去不適用者