

# 委 託 書

本人(病人本人或未成年病人之法定代理人)因故不克親自前往

貴院申請病人\_\_\_\_\_下列資料：(請勾選委託辦理項目)

- 醫療收據副本、報稅年度醫療收據
- 診斷證明書
- 檢驗(檢查)報告影本
- 病歷影本(科別：\_\_\_\_\_起迄日期：\_\_\_\_\_)
- 其他\_\_\_\_\_

特委託\_\_\_\_\_代為申請上述資料，如有疑義，本人願全權負責。

謹致

行天宮醫療志業醫療財團法人恩主公醫院

立委託書人：\_\_\_\_\_ (簽章)

(病人本人或未成年病人之法定代理人)

身分證字號：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

受託人：\_\_\_\_\_ (簽章)

身分證字號：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_；與委託人之關係\_\_\_\_\_

授權日期：中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

\*本份委託書如有塗改，塗改處需有立委託書人簽章，否則本份委託書視為無效。

\*申請時需提供病人、法定代理人及受託人身分證正本供查核(兒童請用戶口名簿)並同意留存影本(請自行檢附，本院恕不代為影印)為憑，否則恕不受理。

本院依據個人資料保護法規定，向台端(受委任、代理人)告知下列事項，請詳閱：

- 一、蒐集之目的：○二○代理與仲介業務、一五四徵信。
- 二、蒐集之個人資料：辨識個人者(姓名、聯絡地址、電話號碼、出生年月日)、身分證統一編號、約定或契約。
- 三、本院為達成醫療業務各項管理等目的，而由台端代理或受當事人委託而簽署之代理書，提供予本院相關單位確認、存查之用，蒐集之資料利用於本國境內；依本院因執行業務所必須之保存期間保存。
- 四、台端得對本院行使之權利如後，查詢、請求閱覽個人資料；請求製給個人資料複製本；請求補充、更正個人資料；請求停止蒐集、處理或利用個人資料；請求刪除個人資料。個資權利之行使方式及細節，請公文發送需求至本院醫事課進行申請。
- 五、臺端得自由選擇是否提供相關個人資料，惟臺端若拒絕提供相關個人資料，本院將無法進行必要之審核及處理作業，致無法提供臺端申請之服務。