แบบฟอร์มขอใช้บริการเชื่อมโยงข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

ชื่อหน่วยงานผู้ขอใช้บริการ

ชื่อหน่วยงาน/ชื่อนิติบุคคล (ภาษาไทย) **เลขทะเบียนนิติบุคคล/เลขประจำตัวผู้เสียภาษี**

.....

ชื่อหน่วยงาน/ชื่อนิติบุคคล (ภาษาอังกฤษ) **ชื่อย่อหน่วยงาน (ภาษาไทย)** **ชื่อย่อหน่วยงาน (ภาษาอังกฤษ)**

.....

ข้อมูลผู้ติดต่อประสานงานทางด้านเทคนิค (Administrator)

ชื่อ – สกุล **เลขบัตรประจำตัวประชาชน**

.....

ตำแหน่ง **สำนัก/กอง/ฝ่าย**

.....

อีเมล์ **เบอร์โทรศัพท์มือถือ** **เบอร์สำนักงาน**

.....

รายละเอียดประกอบการพิจารณาขอเชื่อมโยงข้อมูล

วัตถุประสงค์การขอใช้บริการ

.....

สิทธิและประเภทข้อมูลที่ต้องการใช้

☐ API ระบบสืบค้นข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพ

☐ ผลิตภัณฑ์ยา ☐ ผลิตภัณฑ์อาหาร ☐ ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง ☐ ผลิตภัณฑ์วัตถุอันตราย

☐ ผลิตภัณฑ์วัตถุเสพติด ☐ ผลิตภัณฑ์กัญชา ☐ ผลิตภัณฑ์เครื่องมือแพทย์ ☐ ผลิตภัณฑ์สมุนไพร

☐ API ระบบส่งรายงานผลิตภัณฑ์ยา ภายใต้ใบอนุญาตเลขที่..... ☐ API ระบบส่งรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ

☐ รายงานยาประจำปี ☐ FDAREPORTER

ผู้ขอใช้บริการเชื่อมโยงข้อมูลต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขที่ยอมรับไว้กับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาอย่างเคร่งครัด ดังนี้

1. สำนักงานฯ ไม่มีนโยบายในการนำข้อมูลที่จัดเก็บ มาจัดทำ วิเคราะห์ จำแนก รวบรวม หรือ จัดให้มีขึ้นใหม่ อันเป็นการประมวลข้อมูลข่าวสารของทางราชการให้เป็นข้อมูลส่วนบุคคล ดังนั้น หากปรากฏว่ามีบุคคลใดนำข้อมูลที่ได้จากสำนักงานฯ ไปประมวลเพื่อให้เป็นข้อมูลส่วนบุคคล ผู้กระทำการดังกล่าวมีหน้าที่ต้องดำเนินการในฐานะผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคล ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562 ซึ่งหากไม่ปฏิบัติตามหรือฝ่าฝืนจะมีความรับผิดทั้งทางแพ่งและอาญาต่อไป
2. หน่วยงาน บุคคล นิติบุคคล และ องค์กร ซึ่งเป็นผู้ขอเชื่อมโยงข้อมูลจะต้องรักษารหัสผู้ใช้งานและรหัสผ่านในการเชื่อมโยงข้อมูลไม่ให้ผู้ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องทราบ หากรหัสผู้ใช้งานและรหัสผ่านถูกเปิดเผยโดยผู้ขอเชื่อมโยงข้อมูลหรือเจ้าหน้าที่ของผู้เชื่อมโยงเจตนาหรือประมาทเลินเล่อก็ตาม หากผู้ล่วงรู้นำรหัสผู้ใช้งานและรหัสผ่านไปใช้ในการดำเนินการใดๆ ให้ถือเสมือนว่าผู้ขอเชื่อมโยงข้อมูลเป็นผู้กระทำการนั้นเอง เว้นแต่ ผู้ขอเชื่อมโยงข้อมูลจะพิสูจน์ได้ว่าตนมิได้เจตนาหรือประมาทเลินเล่อจนเป็นเหตุให้รหัสผู้ใช้งานและรหัสผ่านถูกเปิดเผย

ลงชื่อ **ผู้บังคับบัญชา/หัวหน้าส่วนราชการ/ผู้บริหารของหน่วยงาน** **ตำแหน่ง**	..... ( )
วันที่	.....

โปรดส่งกลับมาที่อีเมล์ itcenter@fda.moph.go.th หรือสอบถามรายละเอียด เบอร์ 02 590 7228