

如服務使用者未滿 18 歲 或 精神上無行為能力，父母 / 監護人須填寫以下資料：

父母 / 監護人簽署： _____ 父母 / 監護人姓名： _____

與接種疫苗者的關係： 父 母 監護人

聯絡電話號碼： _____ 日期： _____

△ 如服務使用者精神上有行為能力但不會讀寫，見證人須填寫以下資料：

本人見證此同意書已在服務使用者面前朗讀及解釋。

見證人簽署： _____ 見證人姓名： _____

香港居民身份證號碼：(只要英文字母及首 3 個數字)

--	--	--	--	--	--	--	--

 (X)

聯絡電話號碼： _____ 日期： _____

承諾及聲明

1. 本人特此聲明，本人在此同意書中所提供的一切資料，全屬真確。
2. 本人同意把此同意書中本人 / 本人子女 / 受監護者的個人資料及有關是次會診的任何資料供政府用於「收集個人資料目的」所述的用途。本人特此同意醫生將上述個人資料及有關是次會診的任何資料轉交及發放予政府、其代理人或其他獲政府授權的人士。本人備悉當局或會與我聯絡，以核實有關資料及本人 / 本人子女 / 受監護者使用政府資助以接種疫苗事宜。
3. 適用於香港特別行政區智能身份證持有者：本人同意授權醫生讀取儲存在本人 / 本人子女 / 受監護者香港特別行政區智能身份證晶片內的個人資料(只限香港身份證號碼，中英文姓名，出生日期和香港身份證簽發日期)，以供政府於「收集個人資料目的」所述的用途。
4. 此同意書受香港特別行政區法律管限，並須按照香港特別行政區法律解釋；本人及政府須不可撤銷地接受香港特別行政區法院的專屬司法管轄權管轄。
5. 本人已仔細閱讀此同意書及完全理解此同意書中本人的義務和責任。

收集個人資料目的聲明

收集個人資料目的

1. 所提供的個人資料，會供政府作下列一項或多項用途：
 - (a) 開設、處理及管理醫健通 (資助) 戶口，資助付款，以及執行和監察疫苗資助計劃，包括但不限於通過電子程序與入境事務處的數據核對；
 - (b) 作統計和研究用途；
 - (c) 接收由政府提供的疫苗接種資訊；以及
 - (d) 作法例規定、授權或准許的任何其他合法用途。
2. 就是次會診作出的疫苗接種記錄，可給公營及私營醫護人員取得，作為決定及提供服務使用者所需要的醫療服務的用途。
3. 衛生署可向有關政府決策局／部門透露 / 索取你 / 你的子女 / 受監護者的個人資料及記錄，以核實你為衛生署疫苗資助計劃下的合資格組別人士。
4. 提供個人資料乃屬自願性質。如果你不提供充分的資料，可能無法使用資助。

接受轉介人的類別

5. 你所提供的個人資料，主要是供政府內部使用，但政府亦可能於有需要時，因以上第 1、2 段所列收集資料的目的而向其他機構和第三者人士披露。

查閱個人資料

6. 根據《個人資料(私隱)條例》(香港法例第 486 章) 第 18 和第 22 條以及附表 1 保障資料原則第 6 原則所述，你有權查閱及修正你的個人資料。本署應查閱資料要求而提供資料時，可能要徵收費用。

查詢

7. 如欲查閱或修改有關提供的個人資料，請聯絡：
行政主任(疫苗資助計劃) / 地址：九龍紅磡德豐街 18-22 號海濱廣場二座 3 樓 / 電話：2125 2125