

**MENARIK BALIK KEBENARAN MEMPROSES DATA
PERIBADI**

Saya _____

(No.Kad Pengenalan/Pasport: _____) dengan ini menarik
balik kebenaran bagi Pusat Perubatan Universiti Malaya untuk terus memproses data peribadi

☐

Diri saya

☐

Nama Pesakit : _____

No.Kad Pengenalan/Pasport: _____

(Sila tanda yang berkaitan)

Dengan persetujuan menarik balik kebenaran ini, saya faham bahawa Pusat Perubatan
Universiti Malaya tidak lagi dapat untuk memberikan perkhidmatan kepada saya/pesakit.

Tandatangan : _____

*Nama Pesakit/Waris : _____

No Kad Pengenalan/Pasport : _____

Hubungan dengan pesakit : _____

Tarikh: _____

I _____

(Identity card/Passport number : _____) hereby withdraw the
consent for University Malaya Medical Centre to continue to process the personal data of

☐

Myself

☐

Patient's Name: _____

Identity card/Passport number : _____

(Please tick where applicable)

With this withdrawal of consent, I understand that University Malaya Medical Centre will no
longer be able to provide services to me

Signature : _____

*Patient name/ responsible relative or guardian : _____

Identity card/Passport number : _____

Relationship to patient : _____

Date: _____