



**UNIVERSITI
MALAYA**

**KEIZINAN MENGUMPUL DAN MEMPROSES DATA
PERIBADI**

PUSAT PERUBATAN UM

Saya _____

(No.KP/No.Pasport: _____) mengaku segala maklumat yang

diberi adalah benar dan tepat.

Saya juga bersetuju untuk membenarkan pengamal perubatan dan staf PPUM dan mana-mana pihak ketiga yang terlibat dalam rawatan dan penjagaan saya, untuk mengakses dan memproses Data Peribadi tersebut di atas mengikut Notis Privasi PPUM, polisi dalaman, praktis dan undang-undang yang berkaitan. Saya faham bahawa persetujuan ini adalah untuk semua kehadiran dan kemasukan wad dan sah sehingga keizinan tersebut ditarik balik.

Tandatangan: _____

Tarikh: _____

Hubungan dengan diri sendiri ibu/bapa pasangan lain-lain: _____
pesakit

(Sila tanda yang berkaitan)



**UNIVERSITI
MALAYA**

PUSAT PERUBATAN UM

**CONSENT TO COLLECT AND PROCESS PERSONAL
DATA**

I _____

(NRIC No/Passport No: _____) hereby declare that the information given is true and accurate.

I also consent to allow doctors and staff of UMMC and any third parties who are involved in my treatment and care, to access and process my Personal Data in accordance with UMMC Privacy Notice, internal policies, practices and relevant laws. I understand that this consent is for all visits and admissions and will be good until the consent is withdrawn.

Signature : _____

Date : _____

Relationship to patient self parent spouse others: _____
(please tick where applicable)