

6698 SAYILI KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU KAPSAMINDA KİŞİSEL VERİ SAHİBİ BAŞVURU FORMU

1. BAŞVURU SAHİBİ'NİN İLETİŞİM BİLGİLERİ:

Tarafınızca bu form kapsamında iletilmesi gereken kişisel verileriniz, başvurunuzun değerlendirilebilmesi, sonuçlandırılabilmesi ve sizinle iletişime geçilebilmesi amacıyla alınmakta ve başka amaçlarla veri işlemeye konu olmamaktadır.

| | |
|---|--|
| Adı-Soyadı | |
| T.C. Kimlik Numarası (Yabancılar İçin Uyruk/ Pasaport Numarası veya Kimlik Numarası) | |
| Cep Telefonu Numarası | |
| Faks Numarası | |
| E-posta Adresi | |
| İkametgah Adresi | |
| İşyeri Adresi | |

2. LÜTFEN ŞİRKETİMİZ İLE ARANIZDAKİ İLİŞKİYİ BELİRTİNİZ.

Başvuruda Bulunmak İstenen Şirket:

Müşteri

İş Ortağı

Ziyaretçi

Çalışan Adayı

Diğer:

3. BAŞVURU SAHİBİ'NİN TALEBİ:

(Lütfen talebinize uygun ifadenin yanındaki kutucuğu işaretleyiniz.)

| | | |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Kliniğinizin kişisel verilerimi işleyip işlemediğini öğrenmek istiyorum. |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Eğer Kliniğiniz nezdinde kişisel verilerim işleniyorsa, bu veri işleme faaliyeti hakkında bilgi talep ediyorum. |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Eğer Kliniğiniz nezdinde kişisel verilerim işleniyorsa, kişisel veri işleme faaliyetinin amacını ve işleme amacına uygun kullanılıp kullanmadığını öğrenmek istiyorum. |

| | | |
|---|--------------------------|---|
| 4 | <input type="checkbox"/> | Eğer kişisel verilerim yurtiçinde veya yurtdışında üçüncü kişilere aktarılıyorsa, bu üçüncü kişiler hakkında bilgi talep ediyorum. |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Kişisel verilerimin eksik veya yanlış işlendiği düşünüyorum ve bunların düzeltilmesini talep ediyorum. Talep halinde aşağıda yer alan bilgi ve belgeler Kliniğimize iletilmelidir: <input type="checkbox"/> Eksik veya yanlış olduğunu düşündüğünüz, düzeltilmesini istediğiniz kişisel verilerinizin içeriği. <input type="checkbox"/> Kişisel verilerinizin doğru ve tamamlayıcı bilgilerini gösteren belgeler. |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Kişisel verilerim Kliniğiniz nezdinde eksik veya yanlış işleniyorsa, kişisel verilerimin aktarıldığı üçüncü kişilere bu durumun bildirilmesini talep ediyorum. Talep halinde aşağıda yer alan bilgi ve belgeler Şirketimize iletilmelidir: <input type="checkbox"/> Eksik veya yanlış olduğunu düşündüğünüz düzeltilmesini istediğiniz kişisel verinizin içeriği, <input type="checkbox"/> Kişisel verilerinizin doğru ve tamamlayıcı bilgilerini gösteren belgeler. |
| 7 | | Kişisel verilerimin kanun ve ilgili diğer kanun hükümlerine uygun olarak işlenmiş olmasına rağmen, işlenmesini gerektiren sebeplerin ortadan kalkması hâlinde kişisel verilerimin, <input type="checkbox"/> Silinmesini veya <input type="checkbox"/> Anonim hale getirilmesini istiyorum. Talep halinde kişisel verilerinizin işlenme sebeplerinin neden mevcut olmadığını düşündüğünüze ilişkin açıklayıcı bilgi ve belgeler Kliniğimize iletilmelidir. |
| 8 | | Kişisel verilerimin işlenmesini gerektiren sebepler ortadan kalktıysa, bu durumun kişisel verilerimin aktarıldığı üçüncü kişilere bildirilmesini talep ediyorum. Talep halinde kişisel verilerinizin işlenme sebeplerinin neden mevcut olmadığını düşündüğünüze ilişkin açıklayıcı bilgi ve belgeler Kliniğimize iletilmelidir. |
| 9 | | Kliniğimiz tarafından işlenen kişisel verilerim münhasıran otomatik sistemler vasıtasıyla analiz edildiğini ve bu analiz neticesinde şahsım aleyhine bir sonuç doğduğunu düşünüyorum. Bu sonuca itiraz ediyorum. Talep halinde aleyhinize çıkan sonucu açıklayan bilgi ve belgeler Kliniğimize iletilmelidir. |

4. TALEBE İLİŞKİN AÇIKLAMA

(Lütfen KVK Kanunu kapsamındaki talebinizi detaylı olarak belirtiniz.)

.....

.....

.....

.....

5. LÜTFEN BAŞVURUNUZA VERECEĞİMİZ YANITIN TARAFINIZA BİLDİRİLME YÖNTEMİNİ SEÇİNİZ.

Yukarıda belirtilen ev/iş adresime gönderilmesini istiyorum.

E-posta adresime gönderilmesini istiyorum.

Elden teslim almak istiyorum.

İşbu başvuru formu, Kliniğimiz ile olan ilişkinizi tespit ederek, varsa, Kliniğimiz tarafından işlenen kişisel verilerinizi eksiksiz olarak belirleyerek, ilgili başvurunuza doğru ve kanuni süresinde cevap verilebilmesi için tanzim edilmiştir. Hukuka aykırı ve haksız bir şekilde veri paylaşımından kaynaklanabilecek hukuki risklerin bertaraf edilmesi ve özellikle kişisel verilerinizin güvenliğinin sağlanması amacıyla, kimlik ve yetki tespiti için Kliniğimiz ek evrak ve bilgi (Nüfus cüzdanı veya sürücü belgesi sureti vb.) talep etme hakkını saklı tutar. Form kapsamında iletmekte olduğunuz taleplerinize ilişkin bilgilerin doğru ve güncel olmaması ya da yetkisiz başvuru yapılması halinde Kliniğimiz, söz konusu yanlış bilgi ya da yetkisiz başvuru kaynaklı taleplerden dolayı herhangi bir sorumluluk kabul etmemektedir. Kliniğimiz ayrıca, Başvuru Sahibi'nin başvurusunun talebe uygun biçimde sonuçlandırılmasını sağlamak amacıyla, Başvuru Sahibi'ne başvurusu ile ilgili soru yöneltebilir.

Kişisel Veri/Başvuru Sahibi

Adı Soyadı

Başvuru Tarihi

İmza

Bir başkası adına başvuru yapıyor iseniz, başvuru yapmaya yetkili olduğunuzu gösterir, yetkili makam tarafından düzenlenmiş/onaylanmış belgeleri (veli/vasi olduğunuzu gösterir belge, özel yetki içeren vekaletname vb.) başvuru formu ile birlikte iletmeniz gerekmektedir. Aynı şekilde, Kliniğimiz başvuruya yanıtının başkası adına elden teslim alınabilmesi için, söz konusu belgelerin sunulması gerekmektedir