

KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU GEREĞİNCE BAŞVURU FORMU

I. GENEL AÇIKLAMALAR

6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun ("**Kanun**") 11. maddesinde kişisel verilerinin işlenmesine ilişkin, kişisel verileri işlenen ilgili kişiye ("**Başvuru Sahibi**") belirli haklar tanınmıştır. Kanun'un 13/1. maddesi hükmü uyarınca; veri sorumlusu olan Tülay Akkol Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Tic. Ltd. Şti. ("**Tülay Akkol Ağız Sağlığı Merkezi /Şirket**"), bu haklara ilişkin olarak yapılacak başvuruların yazılı olarak veya Kişisel Verilerin Korunması Kurulu ("**Kurul**") tarafından belirlenen diğer yöntemlerle iletilmesi gerekmektedir. Bu kapsamda "yazılı" olarak Hastanemize yapılacak başvurular, işbu formun çıktısı alınarak;

- Sırapaplar Mah. 491. Sok. No:15 Merkezefendi/DENİZLİ adresine bizzat/elden teslim edebilir ya da noter kanalıyla gönderebilir,
- tulayakkol@hs01.kep.tr güvenli elektronik ya da mobil imzalı olarak, kayıtlı elektronik posta adresi veya sistemimizde kayıtlı elektronik e-posta adresiniz aracılığıyla iletebilirsiniz.

Ayrıca, Kurul'un belirleyeceği diğer yöntemler duyurulduktan sonra bu yöntemler üzerinden de başvuruların ne şekilde alınacağı Şirketimiz tarafından duyurulacaktır.

II. BAŞVURU SAHİBİNİN TALEPLERİ

Kanun'un 11. maddesine göre veri sorumlusu olan Hastanemizden talep edebileceğiniz haklar belirtilmektedir. Tarafımıza iletilmiş olan başvurularınız Kanun'unun 13/2. maddesi hükmü gereğince, talebin niteliğine göre talebinizin bizlere ulaştığı tarihten itibaren en geç otuz gün içinde yanıtlandırılacaktır. Ancak söz konusu işlemin ayrıca bir maliyeti gerektirmesi hâlinde, Kurul tarafından belirlenen tarifedeki ücret alınabilir. Yanıtlarımız Kanun'un 13. maddesi gereğince yazılı veya elektronik ortamdan tarafınıza ulaştırılacaktır.

<u>BAŞVURU SAHİBİNİN BİLGİLERİ</u>	Ad-Soyad	
	T.C.Kimlik No/ Pasaport No	
	Doğum Tarihi	
	Cep Telefonu No	
	Adres	
	<input type="checkbox"/> Veri Sahibiyim (kendi verilerimi talep ediyorum).	
	<input type="checkbox"/> Veri Sahibi yakınıyım. (<i>Başvuru yapabileceğinize dair vekâletname, yasal temsilcik kararı vb. ek olarak iletilmelidir.</i>)	
	Lütfen aşağıdaki seçeneklerden kurumumuzla olan ilginize uygun olanı işaretleyiniz. Hasta / Hasta Yakını <input type="checkbox"/> Çalışan / Eski Çalışan / Aday Çalışanı <input type="checkbox"/> Tedarikçi / Firma <input type="checkbox"/>	

<u>Kurumla İlişki Bilgisi</u>	<u>Hastalarımız için</u>	<u>Çalışanlarımız için</u>	<u>Tedarikçilerimiz için</u>
	En Son Hizmet Alınan Birim: Son başvuru tarihi:	<input type="checkbox"/> Mevcut Çalışan <input type="checkbox"/> Eski Çalışan <input type="checkbox"/> Aday Çalışma dönemi (yıl): Adaylar için başvuru yılı:	Çalıştığınız firma adı: Firmanızdaki pozisyonunuz:
<u>BAŞVURU SAHİBİNİN KANUN KAPSAMINDAKİ TALEBİ</u>	Lütfen kişisel verileriniz ile taleplerinizi açıkça belirtiniz.		
	Lütfen talebinize yanıt vermemizi talep ettiğiniz gönderim yöntemi işaretleyin. Adresime gönderim istiyorum. <input type="checkbox"/> E-posta adresime gönderim istiyorum. <input type="checkbox"/> Bizzat başvurarak elden teslim almak istiyorum. <input type="checkbox"/> <i>(Not: Vekâleten elden teslim alınması durumunda noter tasdikli vekâletname veya yetki belgesi olması gerekmektedir.)</i>		

İşbu başvuru formu ile Hastanemiz ile olan ilişkiniz tespit edilerek varsa, Hastanemiz tarafından işlenen kişisel verilerinizi eksiksiz olarak belirleyerek, ilgili başvurunuza doğru ve kanuni süresinde cevap verilebilmesi amaçlanmıştır. Form kapsamında iletmekte olduğunuz taleplerinize ilişkin bilgilerin doğru ve güncel olmaması ya da yetkisiz bir başvuru yapılması halinde Hastanemiz, söz konusu yanlış bilgi ya da yetkisiz başvuru kaynaklı taleplerden dolayı veya belirttiğiniz adrese cevaplarımızın gönderimi sırasında oluşabilecek aksaklıklardan dolayı Hastanemiz herhangi bir sorumluluk kabul etmemektedir.

UYARI: Başvurular, kişinin şahsına ait olmalıdır. Eş, yakın, çocuk vs. adına başvuru yapılamaz. Şirketimiz, 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 ek evrak ve malumat (*Nüfus cüzdanı veya sürücü belgesi sureti vb.*) talep etme hakkını saklı tutar.

<u>TALEP EDEN</u>	<u>Tülay Akkol Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Tic. Ltd.Şti.</u>
<u>Talep Tarih:</u> <u>Talep Eden Ad-Soyad-İmza</u>	<u>Teslim Alma Tarihi:</u> <u>Teslim Alan Ad-Soyad-İmza</u>

TÜLAY AKKOL
ÖZEL AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ