

KVKK İLGİLİ KİŞİ BAŞVURU FORMU

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu’nun (“Kanun”) 11. Maddesinde sayılan haklarınız kapsamındaki taleplerinizi, Kanun’un 13. maddesi ile Veri Sorumlusuna Başvuru Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ’in 5. maddesi gereğince, bu formu doldurarak aşağıdaki yöntemlerden biri aracılığıyla Kliniğimize ulaştırmanız gerekmektedir.

BAŞVURU YÖNTEMİ	i. Yazılı Başvuru	ii. Noter Vasıtasıyla	iii. Kayıtlı Elektronik Posta (KEP) veya Elektronik Posta Yoluyla
BAŞVURU ADRESİ	Mansuroğlu Mah.1593/1 Sok. No:6 Lider Centrio C Blok Daire:39 Bayraklı/İzmir	Mansuroğlu Mah.1593/1 Sok. No:6 Lider Centrio C Blok Daire:39 Bayraklı/İzmir	nazmi.narin@hs01.kep.tr veya nazmi.narin@gmail.com
BAŞVURUDA GÖSTERİLECEK BİLGİ	Formun bulunduğu zarfın üzerine “Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamında Bilgi Talebi” yazılacaktır.	Zarfin/tebligatın üzerine “Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamında Bilgi Talebi” yazılacaktır	E-posta’nın konu kısmına “Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Bilgi Talebi” yazılacaktır.

- Başvuru sahibinin kimliğinin tespit edilebilmesi amacıyla, Kimlik belgesi (Nüfus Cüzdanı, Ehliyet, Pasaport vb.) ile Kliniğimize bizzat ıslak imzalı şahsen başvurarak,
- Noter vasıtasıyla, başvuru adresine iletilerek,
- nazmi.narin@hs01.kep.tr adresine veri sahibinin kep adresi üzerinden veya nazmi.narin@gmail.com adresine, veri sahibinin Klinik veri kayıt sistemine kayıtlı elektronik postasından iletilerek,

Yukarıda öngörülen yöntemlerden biri ile Kliniğimize iletilen başvurularınız, talebin niteliğine göre en kısa sürede ve en geç otuz (30) gün içinde kural olarak ücretsiz cevaplandırılacak olup, bu cevap aşağıda seçerek, belirlediğiniz yöntem ile tarafınıza bildirilecektir. Talebin ayrıca bir maliyet gerektirmesi halinde Kişisel Verileri Koruma Kurulunca belirlenecek tarifeye göre tarafınızdan ücret talep edilebilecektir.

Kimlik ve İletişim Bilgileriniz

Sizlerle iletişime geçebilmemiz ve kimliğinizi doğrulayabilmemiz için aşağıda yer alan bilgilerin doldurulması gerekmektedir.

Ad-Soyad	
T.C. Kimlik Numarası veya Pasaport Numarası	
Bildirime Esas Cep Telefonu Numarası	
Bildirime Esas E-Posta Adresi	
Tebliğata Esas Yerleşim Yeri Adresi	

KVKK İLGİLİ KİŞİ BAŞVURU FORMU

Kliniğimiz ile olan ilişkinizi en uygun şekilde tanımlayan seçeneği işaretleyip, detay bilgi alanına bu ilişkinin devam durumunu, sona ermiş olması durumunda ilişkinin vuku bulduğu periyodu yazınız.

Hasta		Hasta Yakını	
Hasta Velisi/Vasisi		Çalışan	
Diğer (Lütfen Belirtiniz):			

KVKK kapsamındaki talebinizi lütfen detaylandırınız.

Başvurunuza Vereceğimiz Cevapların Tarafınıza Bildirilme Yöntemini Seçiniz

- ☐ Elden teslim almak istiyorum (*Vekâleten teslim alınması durumunda noter tasdikli vekâletname veya yetki belgesi olması gerekmektedir.*)
- ☐ Adresime gönderilmesini istiyorum.
- ☐ E-posta adresime gönderilmesini istiyorum.

İşbu başvuru kapsamında tarafınızca sağlamış olunan bilgi ve belgelerin, doğru ve güncel olması ve başvurunun yetkililerce yapılması gerekmektedir. Aksi halde, Kliniğimizin söz konusu yanlış bilgi ya da yetkisiz başvuru kaynaklı taleplerden dolayı herhangi bir sorumluluğu bulunmayacaktır. Kliniğimiz, başvurunuzu değerlendirebilmek ve kişisel verilerinizin güvenliğinin sağlamak amacıyla tarafınızdan ek bilgi ve talepte bulunabilir.

Başvuru Sahibi (Kişisel Veri Sahibi) Adı Soyadı :

Başvuru Tarihi :

İmza :