

HOVSEP HAZAR MUAYENEHANE
VERİ SAHİBİ BAŞVURU FORMU

6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nda ("Kanun") ilgili kişi olarak tanımlanan kişisel veri sahiplerine ("Veri Sahibi"), Kanun'un 11. maddesinde kişisel verilerinin işlenmesine ilişkin belirli haklar tanınmıştır.

Kanunun 13. maddesinin 1. fıkrası uyarınca; veri sorumlusu olan Muayenehanemize bu haklara ilişkin olarak yapılacak başvuruların yazılı olarak veya Kişisel Verileri Koruma Kurulu ("Kurul") tarafından belirlenen diğer yöntemlerle iletilmesi gerekmektedir.

Bu çerçevede "yazılı" olarak Muayenehanemize yapılacak başvuruların, işbu formun çıktısı alınarak;

- Başvuru Sahibi'nin şahsen başvurusu ile
- Noter vasıtası ile,
- Başvuru Sahibi'nce 5070 Sayılı Elektronik İmza Kanununda tanımlı olan "güvenli elektronik imza" ile imzalanarak Muayenehane kayıtlı elektronik posta adresine gönderilmek suretiyle
- Mobil İmza ya da e-posta ile başvuru ile tarafımıza iletilmesi gerekmektedir.

Başvuru Yöntemi	Başvurunun Yapılacağı Adres	Başvurunun İçerisinde Belirtilecek Bilgi
Şahsen Başvuru (İlgili kişinin bizzat gelmek suretiyle kimliğini tevsik eder bir belge ile başvurusu)	Hüsrev Gerede Cad., Barış Apt. No: 84 K:5 Teşvikiye 34367 İstanbul	Zarfın üzerine "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Bilgi Talebi" yazılması gerekmektedir.
İadeli Taahhütlü Mektup ya da Noter Kanalıyla	Hüsrev Gerede Cad., Barış Apt. No: 84 K:5 Teşvikiye 34367 İstanbul	Zarfın üzerine "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Bilgi Talebi" yazılması gerekmektedir.
Mobil İmza ya da E-posta ile Başvuru [İlgili kişi tarafından veri sorumlusuna daha önce bildirilen ve veri sorumlusunun sisteminde kayıtlı bulunan elektronik posta adresini kullanmak suretiyle]	drhazar1@gmail.com	E-posta'nın konu kısmına "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Bilgi Talebi" yazılması gerekmektedir.

Yukarıda belirtilen kanallar Kanunun 13. maddesinin 1. fıkrası gereğince "yazılı" başvuru kanallarıdır. Kurul'un belirleyeceği diğer yöntemler duyurulduktan sonra bu yöntemler üzerinden de başvuruların ne şekilde alınacağı Muayenehanemizce duyurulacaktır.

HOVSEP HAZAR POLİKLİNİĞİ

İLGİLİ KİŞİ BAŞVURU FORMU

Başvuruda bulunan veri sahibinin iletişim bilgileri:

Adı Soyadı :
.....

Doğum Tarihi ve T.C. Kimlik No : / /
.....

Telefon Numarası :
.....

E-posta Adresi :
.....

Adres :
.....

Lütfen Muayenehanemiz ile olan ilişkinizi belirtiniz: (Müşteri, Hasta, iş ortağı, çalışan adayı, eski çalışan, üçüncü taraf firma çalışanı, hissedar gibi)

<input type="checkbox"/> Müşteri / Hasta <input type="checkbox"/> Ziyaretçi	<input type="checkbox"/> İş Ortağı <input type="checkbox"/> Diğer:
Muayenehanemiz içerisinde iletişimde olduğunuz birim:..... Konu:.....	
<input type="checkbox"/> Mevcut Çalışanıyım <input type="checkbox"/> Eski Çalışanıyım <i>Çalıştığım Yıllar :</i> <input type="checkbox"/> Diğer:	<input type="checkbox"/> İş Başvurusu / Özgeçmiş Paylaşımı Yaptım <i>Tarih :</i> <input type="checkbox"/> Üçüncü Kişi Firma Çalışanıyım <i>Lütfen çalıştığınız firma ve pozisyon bilgisini belirtiniz</i>

Lütfen KVK Kanunu kapsamındaki talebinizi detaylı olarak belirtiniz:

.....
.....

- E-posta adresime gönderilmesini istiyorum.
- Elden teslim almak istiyorum.
(*Vekâleten temsil alınması durumunda vekâletname veya yetkili kişinin yetkisini gösterir belgenin olması gerekmektedir.*)

İşbu başvuru formu, Muayenehanemiz ile olan ilişkinizi tespit ederek, varsa, Muayenehanemiz 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 Muayenehanemiz ek evrak ve malumat (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 bir başvuru yapılması halinde Muayenehanemiz, söz konusu yanlış bilgi ya da yetkisiz başvuru kaynaklı taleplerden dolayı mesuliyet kabul etmemektedir.

İşbu forma ilişkin süreçler, 6698 sayılı KVKK ve diğer mevzuata, Kişisel Verileri Koruma Kurulu ilke kararlarına, HOVSEP HAZAR POLİKLİNİĞİ Veri İşleme ve İmha Politikası'na uygun şekilde yürütülmektedir.

Başvuru Tarihi : / /

Başvuranın Adı Soyadı : **İmzası :**

Muayenehane tarafından doldurulacaktır

Tarih : / /

Teslim Alanın Adı Soyadı : **İmzası :**