

KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU (KVKK) UYARINCA BİLGİ TALEP FORMU

1. Başvuru Sahibi Bilgileri	T.C. Kimlik No		
	Adı Soyadı		
	Doğum Tarihi		
	Telefon No		
	E-Mail Adresi		
	Adresi		
	<input type="checkbox"/> Veri sahibiyim (kendi verilerimi talep ediyorum)		
<input type="checkbox"/> Veri sahibi yakınıyım (Yakınıma ilişkin verileri talep ediyorum) Yakınlık derecesi* belirtiniz:			
* Yasal temsilci iseniz ilgili kararı ek olarak iletiniz. <b>Not:</b> <u>Kişisel verilerinizin güvenliğini sağlamak amacıyla kimlik tespiti için ek evrak (Nüfus Cüzdanı vb.) talep edilebilir.</u>			
2. Kurumla İlişki Bilgisi	Lütfen aşağıdaki seçeneklerden kurumumuzla olan ilginize uygun olanı işaretleyiniz. _		
	<input type="checkbox"/> Hizmet alan/ Yakını	<input type="checkbox"/> Çalışan/ Eski Çalışan/ Aday	<input type="checkbox"/> Tedarikçi/ Firma Çalışanı
	<b>Hizmet Alan Kişiler için</b>	<b>Çalışanlarımız için</b>	<b>Tedarikçilerimiz için</b>
	<b>En son hizmet alınan birim;</b>  <b>Son başvuru tarihi;</b>	Durum; <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;
3. Talebe İlişkin Bilgi	Lütfen talep ettiğiniz kişisel veriye ilişkin bir açıklama yapınız ve verinin konumuna dair sahip olduğunuz herhangi bir bilgi var ise paylaşınız (örneğin kurumumuz hizmet alınan hastaneyi, çalışıyorsanız departmanınızı, iletişimde bulunduğunuz kişileri uygun olduğu ölçüde açıklayınız). ----- -----		
	Lütfen talebinize vereceğimiz yanıt için gönderim yöntemini seçiniz <input type="checkbox"/> Adresime gönderim <input type="checkbox"/> E-posta adresime gönderim <input type="checkbox"/> Bizzat başvurarak elden teslim almak istiyorum		
Talep Eden Tarafından Doldurulacak		Kurum Tarafından Doldurulacak	
Talep Tarihi :...../...../.....		Teslim Alma Tarihi : ...../...../.....	
Talep Eden Adı Soyadı – İmza :		Teslim Alan Adı Soyadı – İmza :	

**Açıklama:** Kişisel verilerinizle ilgili taleplerinizi bu formu doldurarak, veri sorumlusu sıfatı ile işlendiği ölçüde Kişisel Verileri Koruma Kanunu'nun 11.maddesi gereği " Eti Mah. Birecik Sok. No:1/53 Çankaya / ANKARA" adresine elden teslim edebilir veya noter kanalıyla gönderebilirsiniz. Ayrıca başvuru formunu 5070 Sayılı Elektronik İmza Kanununda tanımlı olan "güvenli elektronik imza" ile imzalayarak hastanenin kayıtlı elektronik posta (KEP) adresine gönderebilirsiniz. Bu formda belirttiğiniz bilgi ve belgeler kurumumuz ile ilişkinizi doğru bir şekilde tespit etmek ve size kanuni süre içerisinde yanıt verebilmek için talep edilmektedir. **Gerektiğinde KVKK mevzuatına göre ücret tarafınızdan talep edilecektir.**