

KVK KAPSAMINDA İLGİLİ KİŞİ BAŞVURU FORMU

A. Başvuru Sahibi İletişim Bilgileri:

İsim ve Soyisim :
T.C.K.N :
Telefon Numarası :
E-posta :
Adres :

B. Lütfen Kliniğimiz ile olan ilişkinizi belirtiniz. (Hasta, eski çalışan, çalışan adayı, tedarikçi şirket yetkilisi veya tedarikçi şirket çalışanı gibi)

☐ Hasta ☐ Eski Çalışan ☐ Çalışan Adayı
☐ Ziyaretçi ☐ Tedarikçi şirket yetkilisi/çalışanı ☐ Diğer (Açıklayınız...)

Konu:

☐ Eski Hastayım, hizmet aldığım tarih
☐ Eski Çalışanım Çalıştığım Yıllar:
☐ İş Başvurusu/Özgeçmiş Paylaşımı Yaptığım Tarih:
☐ Diğer (Lütfen aşağıda detaylı olarak belirtiniz)

C. Lütfen KVK Kanunu kapsamındaki talebinizi detaylı olarak belirtiniz:

D. Lütfen başvurunuza vereceğimiz yanıtın tarafınıza bildirilme yöntemini seçiniz:

☐ Adresime gönderilmesini istiyorum.
☐ E-posta adresime gönderilmesini istiyorum. (E-posta yöntemini seçmeniz hâlinde size daha hızlı yanıt verebileceğiz.)
☐ Elden teslim almak istiyorum. (Vekâleten teslim alınması durumunda noter tasdikli vekâletname veya yetki belgesi olması gerekmektedir.)

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.

Başvuru Formu kapsamında iletmekte olduğunuz taleplerinize ilişkin bilgilerin doğru ve güncel olmaması ya da yetkisiz bir başvuru yapılması halinde Kliniğimiz, söz konusu yanlış bilgi ya da yetkisiz başvuru kaynaklı taleplerden dolayı mesuliyet kabul etmemektedir.

Başvuru Sahibi (Kişisel Veri Sahibi)

Adı Soyadı :

Başvuru Tarihi :

İmza :