

KİŞİSEL VERİLERE ERIŞİM İÇİN BİLGİ TALEP FORMU

I. Veri Sahibinin Bilgileri

T.C. Kimlik Numarası :

Adı Soyadı :

Doğum Tarihi :

II. Veri Sahibinin İletişim Bilgileri

Telefon Numarası :

E-posta Adresi :

Adres :

III. Başvuruyu Veri Sahibi Adına Yapan Yetkili Kişi (Başvuru yapan kişi, veri sahibinden farklı kişi ise doldurulacaktır.)

T.C. Kimlik No :

Adı Soyadı :

Doğum Tarihi :

Yakınlık Derecesi :

(Yasal temsilci iseniz ilgili kararı ek olarak iletiniz. Kişisel verilerinizin güvenliği için Nüfus Cüzdanı talep edilebilir.)

Telefon Numarası :

E-posta Adresi :

Adres :

IV. Kurum ile İlişki Bilgisi

Başvuru Yapılan Hastane Adı :

IV.Lütfen aşağıdaki seçeneklerden size uygun olanı işaretleyiniz.

Hasta/ Hasta Yakını Çalışan/Eski Çalışan/Aday Üçüncü Taraf/Tedarikçi/Firma Çalışanı

Hasta/Hasta Yakını tarafından doldurulacaktır.

Ayakta Tedavi Oldum

Yatarak Tedavi Oldum

Ameliyat Oldum

Diğer :

Hizmet alınan sağlık bölüm/bölmeleri;

Son Başvuru Tarihi;

Çalışan/Eski Çalışan/Aday tarafından doldurulacaktır.

Çalışan

- Eski Çalışan Çalışma Dönemi (ay/yıl) :
- İş Başvurusu / Özgeçmiş Paylaşımı yaptım. Başvuru Tarihi (ay/yıl) :
- Diğer :

Üçüncü Taraf/Tedarikçi/Firma Çalışanı tarafından doldurulacaktır.

Çalıştığınız Firma Adı :

Unvan :

V. Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamındaki talebinizi detaylı olarak belirtiniz.

Lütfen talep edilen kişisel veriye ilişkin detaylı açıklama yapınız. (örneğin çalıştığınız bölüm, iletişimde olduğunuz bölüm/kışı/unvan bilgisi, aldığınız hizmet/bölüm bilgisi vb.)

.....
.....
.....
.....

VI. Lütfen talebinize vereceğimiz yanıtın tarafınıza gönderim yöntemini seçiniz.

- Adresime gönderilmesini istiyorum.
- E-posta adresime gönderilmesini istiyorum.
- Bizzat başvurarak elden teslim almak istiyorum.

VII. BAŞVURU YÖNTEMİ -BAŞVURU YAPILACAK ADRES- BAŞVURUDA GÖSTERİLECEK BİLGİ

1. Yazılı Olarak Başvuru

Islak imzalı şahsen başvuru veya Noter vasıtasıyla ; GLOBAL AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ SAĞLIK HİZMETLERİ LTD. ŞTİ. unvanlı şirketimizin Batıkent Mah. Ulusal Egemenlik Bulvarı No:12 Tepebaşı/ESKİŞEHİR adresine ; Zarfın/tebligatın üzerine “**Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamında Bilgi Talebi**” yazılacaktır.

2. Kayıtlı Elektronik Posta (KEP) Yoluyla

Kayıtlı elektronik posta (KEP) adresi ile globalsaglik@hs01.kep.tr adresine ; E-posta'nın konu kısmına “**Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Bilgi Talebi**” yazılacaktır.

3. Sistemimizde Bulunan Elektronik Posta Adresi ile Başvuru

Şirketimizin sisteminde kayıtlı bulunan elektronik posta adresiniz kullanılmak suretiyle ; info@globaldent.com.tr adresine ; E-posta'nın konu kısmına “**Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Bilgi Talebi**” yazılacaktır.

4. Sistemimizde Bulunmayan Elektronik Posta Adresi ile Başvuru

Mobil imza/e-imza içerecek biçimde Şirketimizin sisteminde bulunmayan elektronik posta adresinizi kullanmak suretiyle ; info@globaldent.com.tr adresine; E-posta'nın konu kısmına “**Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Bilgi Talebi**” yazılacaktır.

Açıklama

Bu formu doldurarak, imzalı bir örneğin hizmet aldığınız kuruluşumuza bizzat teslim edebilir, noter kanalıyla gönderebilirsiniz. Bilgi talep formu, kuruluşumuzda işlenen kişisel verilerinize ilişkin eksiksiz

ve isabetli olarak başvurunuza doğru, tam ve kanuni süresi içerisinde cevap verilebilmesi için düzenlenmiştir. 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. Form kapsamında iletmekte olduğunuz taleplerinize ilişkin bilgilerin doğru ve güncel olmaması ya da yetkisiz bir başvuru yapılması halinde, söz konusu yanlış bilgi ya da yetkisiz başvuru kaynaklı taleplerden veya belirttiğiniz adreslere cevaplarımızın gönderimi sırasında oluşabilecek aksaklıklardan dolayı kurumlarımız sorumluluk kabul etmemektedir.

Talep Sahibi tarafından doldurulacaktır.

Yukarıda belirttiğim talepler doğrultusunda, kurumunuza yapmış olduğum başvurumun Kanun'un 13. maddesi uyarınca değerlendirilerek tarafıma bilgi verilmesini rica ederim.

İşbu başvuruda tarafınıza sağlamış olduğum bilgi ve belgelerimin doğru ve güncel olduğunu, kurumunuzun başvurumu sonuçlandırabilmek adına ilave bilgi talep edebileceğini ve ayrıca bir maliyet gerektirmesi halinde Kişisel Verileri Koruma Kurulu tarafından belirlenen ücreti ödemem gerekebileceği hususunda aydınlatıldığımı beyan ve taahhüt ederim.

Talep Tarihi : / /

Talep eden Ad/Soyad :

İmza :

Kurum tarafından doldurulacaktır.

Teslim Alma Tarihi : / /

Teslim Alan Ad/Soyad :

Teslim Alan Unvanı :

İmza :