



KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU (KVKK) KİŞİSEL VERİLERE ERİŞİM İÇİN BİLGİ TALEP FORMU

<p>I. <u>Veri Sahibinin Bilgileri</u></p> <p>T.C. Kimlik Numarası :</p> <p>Adı Soyadı :</p> <p>Doğum Tarihi :</p>
<p>II. <u>Veri Sahibinin İletişim Bilgileri</u></p> <p>Telefon Numarası :</p> <p>E-posta Adresi :</p> <p>Adres :</p>
<p>III. <u>Başvuruyu Veri Sahibi Adına Yapan Yetkili Kişi</u> <i>(Başvuru yapan kişi, veri sahibinden farklı kişi ise doldurulacaktır.)</i></p> <p>T.C. Kimlik No :</p> <p>Adı Soyadı :</p> <p>Doğum Tarihi :</p> <p>Yakınlık Derecesi :</p> <p><i>(Yasal temsilci iseniz ilgili kararı ek olarak iletiniz. Kişisel verilerinizin güvenliği için Nüfus Cüzdanı talep edilebilir.)</i></p> <p>Telefon Numarası :</p> <p>E-posta Adresi :</p> <p>Adres :</p>
<p>IV. <u>Kurum ile İlişki Bilgisi</u></p> <p>Başvuru Yapılan Hastane Adı :</p> <p>Lütfen aşağıdaki seçeneklerden size uygun olanı işaretleyiniz.</p> <p><input type="checkbox"/> Hasta/ Hasta Yakını <input type="checkbox"/> Çalışan/Eski Çalışan/Aday <input type="checkbox"/> Üçüncü Taraf/Tedarikçi/Firma Çalışanı</p> <p><u>Hasta/Hasta Yakını tarafından doldurulacaktır.</u></p> <p><input type="checkbox"/> Ayakta Tedavi Oldum</p> <p><input type="checkbox"/> Yatarak Tedavi Oldum</p> <p><input type="checkbox"/> Ameliyat Oldum</p> <p><input type="checkbox"/> Diğer :</p> <p>Hizmet alınan sağlık bölüm/bölmeleri;</p> <p>Son Başvuru Tarihi;</p> <p><u>Çalışan/Eski Çalışan/Aday tarafından doldurulacaktır.</u></p> <p><input type="checkbox"/> Çalışan</p> <p><input type="checkbox"/> Eski Çalışan Çalışma Dönemi (ay/yıl) :</p> <p><input type="checkbox"/> İş Başvurusu / Özgeçmiş Paylaşımı yaptım. Başvuru Tarihi (ay/yıl) :</p> <p><input type="checkbox"/> Diğer :</p>



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/kişi/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. Açıklama

Bu formu doldurarak, imzalı bir örneğin hizmet aldığınız hastanenin Başhekimliğine bizzat teslim edebilir, noter kanalıyla gönderebilirsiniz. Bilgi talep formu, ilgili hastanelerimizde 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.

Talep Tarihi : / /

Talep eden Ad/Soyad :

İmza :

Kurum tarafından doldurulacaktır.

Teslim Alma Tarihi : / /

Teslim Alan Ad/Soyad :

Teslim Alan Unvanı :

İmza :