

KVK KAPSAMINDA İLGİLİ KİŞİ BAŞVURU FORMU

A. Başvuru Sahibi iletişim bilgileri:

İsim ve Soyisim :

T.C.K.N. :

Telefon Numarası :

E-posta :

Adres :

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

Hasta Eski Çalışan Ziyaretçi Diğer (Açıklayınız...)

Konu:

- Eski Çalışanımla Çalıştığım Yıllar:
 Doktor Görüşmesine geldiğim Tarih:
 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, Kurumumuz ile olan ilişkinizi tespit ederek, varsa, kurumumuz 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 kurumumuz 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 g¼ncel olmaması ya da yetkisiz bir başvuru yapılması halinde kurumumuz, söz konusu yanlış bilgi ya da yetkisiz başvuru kaynaklı taleplerden dolayı mesuliyet kabul etmemektedir.

Başvuru Sahibi (Kişisel Veri Sahibi)

Adı Soyadı :

Başvuru Tarihi :

İmza :