

KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU UYARINCA BAŞVURU FORMU

Başvuru Tarihi :

Kendisine ait “Kişisel Verinin Talebi”

Başkasına ait “Kişisel Verinin Talebi” halinde (19 yaşından gün almamış ise ebeveynleri ya da velayet sahibi, vesayet altında ise vasisi, ilgili kişinin bu yönde açıkça vekalet vermiş olduğu kişiler)

Başvurunuz ile ilgili gerekli araştırma ve değerlendirmelerin yapılabilmesi ve konuya ilişkin çözümlerin geliştirilebilmesi amacıyla aşağıdaki alanları doğru ve eksiksiz bir biçimde doldurmanız gerekmektedir.

A. Başvuruda bulunan Kişinin iletişim bilgileri:

Adı-Soyadı:.....

İmza:.....

Doğum Tarihi:...../ /

T.C. Kimlik No :

Telefon Numarası:

E-posta Adresi:

Adres:

B. Talebi yapılan Kişisel Verinin sahibine ilişkin bilgiler :

Adı-Soyadı:.....

İmza:.....

Doğum Tarihi:...../ /

T.C. Kimlik No :

Telefon Numarası:

E-posta Adresi:

Adres:

Yukarıda tarafımıza sunmuş olduğunuz kişisel verileriniz, münhasıran işbu Başvuru Formu'nun değerlendirilebilmesi, sonuçlandırılabilmesi ve sizinle iletişime geçilebilmesi amacıyla işlenmektedir.

Özel Kent Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Merkezi ile olan ilişkinize dair uygun olan seçeneği işaretleyerek, mevcut ilişkinin hâlihazırda devam edip etmediğini aşağıda yer verilen bölümde belirtiniz.

Hasta
İş Ortağı
Ziyaretçi
Diğer (_____)

Özel Kent Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Merkezi ile olan ilişkim başvuru tarihi itibarıyla devam etmektedir.

Özel Kent Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Merkezi ile olan ilişkim (_____) tarihi itibarıyla sona ermiştir.

D.Özel Kent Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Merkezi sağlık hizmeti alanlar tarafından dolduracaktır Ayakta Tedavi Oldum Yatarak Tedavi Oldum Ameliyat Oldum
Diğer:

Hizmet Alınan Sağlık Birimleri:

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

Özel Kent Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Merkezi çalışanları tarafından dolduracaktır.

Mevcut Çalışanıyım
 Eski Çalışanım Çalıştığım Yıllar :
 Diğer:

D.Lütfen Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamındaki talebinizi detaylı olarak belirtiniz:

.....
.....

E. Lütfen başvurunuza vereceğimiz yanıtın tarafınıza bildirilme yöntemini seçiniz:

Adresime gönderilmesini istiyorum.

E-posta adresime gönderilmesini istiyorum.

Elden teslim almak istiyorum.

Veri sahibi adına 3. kişiler tarafından yapılacak olan başvurularda, işbu Başvuru Formu ile birlikte noterce onaylanmış vekâletnamenin, velayet/vesayet altında bulunan çocuklar

adına yapılacak başvurularda ise işbu Başvuru Formu ile birlikte velayet/vesayet ilişkisini tevsik edici belgelerin bir suretinin tarafımıza gönderilmesi gerekmektedir.

F. Açıklama Bu Kanun kapsamındaki taleplerinizi, “www.kentkbb.org” web adresindeki

“Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Uyarınca Başvuru Formu” nu doldurarak; Kızılırmak Mah. 1450. Sokak No:13 Çukurambar Ankara-TÜRKİYE adresine ıslak imzalı yazılı talep formu ile “Mesul Müdürlük Sekreterliği” departmanı dikkatine Zarfına “Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamında Bilgi Talebi” yazılarak bizzat teslim edebilir veya Noter kanalıyla gönderebilirsiniz.

İşbu başvuru formu, Özel Kent Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Merkezi ile olan ilişkinizi tespit ederek, varsa, , Özel Kent Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Merkezi tarafından işlenen kişisel verilerinizi eksiksiz olarak belirleyerek, ilgili başvurunuza doğru ve kanuni süresinde cevap verilebilmesi için tanzim edilmiştir. Talep edilen bilgi ve belgelerin eksik olması durumunda, talebimiz üzerine bilgi ve belgelerin tamamlanarak tarafımıza iletilmesi gerekecektir. Hukuka aykırı ve haksız bir şekilde veri paylaşımından kaynaklanabilecek hukuki risklerin bertaraf edilmesi ve özellikle kişisel verilerinizin güvenliğinin sağlanması amacıyla, kimlik doğrulama ve yetki tespiti için Şirketimiz ek evrak ve bilgi talep etme hakkımız saklı bulunmaktadır. 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 Özel Kent Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Merkezi sorumluluk kabul etmemektedir.

Hastane tarafından doldurulacaktır.

Tarih: / /

Teslim Alanın Adı Soyadı:

İmza: