

Veri sorumlusu başvuru formu

KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU (KVKK) UYARINCA BİLGİ TALEP FORMU

I. BAŞVURU SAHİBİ BİLGİLERİ	T.C. Kimlik No		
	Ad Soyad		
	Doğum Tarihi		
	Telefon No		
	Adres		
	<input type="checkbox"/> Veri sahibiyim (kendi verilerimi talep ediyorum)		
	Veri sahibi yakınıyım (Yakınıma ilişkin verileri talep ediyorum)		
	<input type="checkbox"/> Yakınlık derecesi* belirtiniz:		
	* Yasal temsilci iseniz ilgili kararı ek olarak iletiniz.		
	Not: Kişisel verilerinizin güvenliğini sağlamak amacıyla kimlik tespiti için ek evrak (Nüfus Cüzdanı vb) talep edilebilir.		
	Lütfen aşağıdaki seçeneklerden kurumumuzla olan ilginize uygun olanı işaretleyiniz.		
	<input type="checkbox"/> Hasta/ Hasta Yakını <input type="checkbox"/> Çalışan/ Eski Çalışan/ Aday <input type="checkbox"/> Tedarikçi/ Firma Çalışanı		
II.	Hastalarımız için	Çalışanlarımız için	Tedarikçilerimiz için
ŞİRKETİMİZLE	En son hizmet alınan birim;	Durum;	Çalıştığınız firma adı;
İLİŞKİ BİLGİSİ		<input type="checkbox"/> Mevcut Çalışan <input type="checkbox"/> Eski Çalışan <input type="checkbox"/> Aday	
	Son başvuru tarihi;	Çalışma dönemi (yıl);	Firmanızdaki pozisyonunuz;
		Adaylar için başvuru yılı;	
III. Talebe İlişkin Bilgi	Lütfen talep ettiğiniz kişisel veriye ilişkin bir açıklama yapınız ve verinin konumuna dair sahip olduğunuz herhangi bir bilgi var ise paylaşınız		
	Lütfen talebinize vereceğimiz yanıt için gönderim yöntemi seçiniz	<input type="checkbox"/>	Bizzat başvurarak elden teslim almak istiyorum
	<input type="checkbox"/> Adresime gönderim <input type="checkbox"/> E-posta adresime gönderim istiyorum istiyorum		
Talep Eden Tarafından Doldurulacak		Kurum Tarafından Doldurulacak	
Talep Tarihi :...../...../.....		Teslim Alma Tarihi :/...../.....
Talep Eden Ad Soyad – İmza :		Teslim Alan Ad Soyad – İmza:	

Açıklama: Kişisel verilerinizle ilgili taleplerinizi bu formu doldurarak, veri sorumlusu sıfatı ile işlendiği ölçüde Kişisel Verileri Koruma Kanunu (KVKK)'nın 11.maddesi gereği İlker Mah. İlker Cad. 121/A Çankaya / Ankara adresine elden teslim edebilir veya noter kanalıyla gönderebilirsiniz. Ayrıca başvuru formunu 5070 Sayılı Elektronik İmza Kanunu'nda tanımlı olan "güvenli elektronik imza" ile imzalayarak Kliniğimizin cankayadishekimi@gmail.com kayıtlı elektronik posta adresine gönderebilirsiniz. Bu formda belirttiğiniz bilgi ve belgeler kurumumuz ile ilişkinizi doğru bir şekilde tespit etmek ve size kanuni süre içerisinde eksiksiz yanıt verebilmek için talep edilmektedir.