



KİŞİSEL VERİLERİ KORUMA KANUNU (KVKK)
KİŞİSEL VERİLER ERIŞİM/ BİLGİ TALEP FORMU

I. Başvuru Sahibi Bilgileri	T.C. Kimlik No		
	Ad Soyad		
	Doğum Tarihi		
	Telefon No		
	Adres		
	<input type="checkbox"/> Veri sahibiyim (kendi verilerimi talep ediyorum)		
<input type="checkbox"/> Veri sahibi yakınıyım (Yakınıma ilişkin verileri talep ediyorum)			
<input type="checkbox"/> Yakınlık derecesi* belirtiniz:			
* Yasal temsilci iseniz ilgili karan ek olarak iletiniz.			
<i>Not: Kişisel verilerinizin güvenliğini sağlamak amacıyla kimlik tespiti için ek evrak (Nüfus Cüzdanı vb) talep edilebilir.</i>			
II. Kurumla İlişki Bilgisi	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
	Hastalarımız için En son hizmet alınan birim; Son başvuru tarihi;	Çalışanlarımız için Durum; Mevcut Çalışan Eski Çalışan Aday Çalışma dönemi (yıl); Adaylar için başvuru yılı;	Tedarikçilerimiz için Çalıştığınız firma adı; Firmanızdaki pozisyonunuz;
III. Talebe İlişkin Bilgi	<i>Lütfen talep ettiğiniz kişisel veriye ilişkin bir açıklama yapınız ve verinin konumuna dair sahip olduğunuz herhangi bir bilgi var ise paylaşınız (örneğin kurumumuzda hizmet alınan birimi, çalışıyorsanız departmanınızı, iletişimde bulunduğunuz kişileri uygun olduğu ölçüde açıklayınız).</i>		
	<i>Lütfen talebinize vereceğimiz yanıt için gönderim yöntemini seçiniz</i>		
<input type="checkbox"/> Adresime gönderim istiyorum			
<input type="checkbox"/> E-posta adresime gönderim istiyorum			
<input type="checkbox"/> Bizzat başvurarak elden teslim almak 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 Halicioğlu, Pirpaşa Mahallesi Kumbarhane Caddesi No:46, No:46, 34445 Beyoğlu/İstanbul adresine elden teslim edebilir veya berkemozelsaglik@hs01.kep.tr adresine elektronik imza ile iletebilirsiniz.

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.