

1- VeriSahibininBilgileri

Adı Soyadı	
T.C.Kimlik No. (Pasaport no)	
Doğum Tarihi	
Telefon Numarası	
E-posta Adresi	
Adres	

2- Başvuruyu Veri Sahibi Adına Yapan Yetkili Kişi

(Başvuruyu yapan kişi, veri sahibinden farklı kişi ise doldurulacaktır).

AdıSoyadı:	
T.C. Kimlik No.	
Doğum Tarihi	
TelefonNumarası	
E-postaAdresi	
Adres	

3- Kurumumuzla Olan İlişki Bilgisi

- ☐ Hasta / Hasta Yakını
☐ MevcutÇalışanıyım
☐ Eski Çalışanıyım (Çalışılan Yıllar:)
☐ Çalışan Adayı (Aday Başvuru Yılı:)
☐ Tedarikçi / Firma / Diğer:

4.KişiselVerilerinKorunmasıKanunu11.Maddesi Uyarınca Talebinizi Aşağıda Belirtiniz

Talep No.	Talep Konusu	Seçiminiz (işaretleyiniz)
1	Hastanenizin hakkımda kişisel veri işleyiş işlemediğini Öğrenmek istiyorum.	

2	Eğer şirketiniz hakkımda kişisel veri işliyorsam bu veri işleme Faaliyetleri hakkında bilgi talep ediyorum (KVKK m.11/1-c)	
3	Eğer kişisel verilerin yurtiçinde veya yurtdışında üçüncü Kişilere aktarılıyorsa, bu üçüncü kişileri bilmek istiyorum (KVKK m.11/1-ç)	
4	Kişisel verilerimin eksik veya yanlış işlendiğini düşünüyorum ve bunların düzeltilmesini istiyorum. Düzeltilmesini İstedığınız kişisel verinizi "Seçimimiz" alanına yazınız ve doğru ve tamamlayıcı bilgileri gösteren belgeleri ekleyiniz. (Nüfus cüz.d.fot. ikametgah, vb) (KVKK m.11/1-d)	
5	Kişisel verilerimin kanun ve ilgili diğer kanun hükümlerine uygun olarak işlenmiş olmasına rağmen, işlenmesini gerektiren sebeplerin ortadan kalktığını düşünüyorum ve Bu çerçevede kişisel verilerimin silinmesini talep ediyorum. (Kvkk m.11/1-e)	
6	Eksik ve yanlış işlendiğini düşündüğüm kişisel verilerimin (talep no. 4) aktarıldığı üçüncü kişiler nezdinde de Düzeltilmesini istiyorum. Düzeltilmesini istediğiniz kişisel Verinizi "Seçiminiz" alanına yazınız, doğru ve tamamlayıcı Bilgileri gösteren belgeleri ekleyiniz. (Nüfus cüz.d.,ikmatgah..)(Kvkk m.11/1-f)	
7	Kişisel verilerimin kanun ve ilgili diğer kanun hükümlerine Uygun olarak işlenmiş olmasına rağmen, işlenmesini Gerektiren sebeplerin ortadan kalktığını düşünüyorum. (Talep no.5) ve bu çerçevede kişisel verilerimin aktarıldığı Üçüncü kişiler nezdinde de silinmesini talep ediyorum.	
8	Hastaneniz tarafından işlenen kişisel verilerimin münhasıran Otomatik sistemler vasıtasıyla analiz edildiğini ve bu analiz Neticesinde şahsım aleyhine bir sonuç doğduğunu Düşünüyorum. Bu sonuca itiraz ediyorum. Aleyhinize Olduğunu düşündüğünüz analiz sonucu "Seçiminiz" alanına Yazınız ve itirazınızı destekleyen belgeleri ekleyiniz. (Kvkk m.11/1-g)	
9	Kişisel verilerimin kanuna aykırı işlenmesi nedeniyle zarara Uğradım. Bu zararın tazminini talep ediyorum. Kanuna aykırı Konu olan hususu "Seçiminiz" alanına yazınız ve Destekleyici belgeleri ekleyiniz. (Mahkeme kararı, Kurul Kararı, maddi zararı gösterir belgeler, vb).(Kvkk m.11/1-b)	

4-KVKK kapsamındaki talebinizi ve talebinize konu olan kişisel verileri detaylı olarak belirtiniz

5- Talebinize yanıt vermemizi istediğiniz yöntemi işaretleyiniz

- ☐ Adresime gönderilmesini istiyorum.
- ☐ E-posta adresime gönderilmesini istiyorum. (E posta adresim:)
- ☐ Bizzat başvurarak elden teslim almak istiyorum.

(Vekaleten teslim alınmasının istenmesi durumunda, noter tasdikli vekâletname istenecektir).

6- Açıklama:

Bu formu doldurarak,

- İmzalı bir örneğini; Özel Vizyon Göz Dal Hastanesi, Turgut Reis Mh. İstiklal Cd. 4119 Sk. No.45/A Akdeniz MERSİN adresine bizzat teslim edebilir ya da noter kanalıyla gönderebilir,
- mersingozhastanesi@hs03.kep.tr adresine güvenli elektronik ya da mobil imzalı olarak,
- Elektronik posta adresiniz aracılığıyla info@vizyongozhastanesi.com adresine göndermek suretiyle, E-posta aracılığı ile iletebilirsiniz.

(Konu kısmına "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamında Bilgi Talebi" yazınız).

Doldurmuş olduğunuz bu başvuru formu, Hastanemiz ile olan ilişkinizi tespit ederek, varsa, Hastanemiz tarafından işlenen kişisel verilerinizle ilgili olarak eksiksiz ve isabetli olarak ilgili başvurunuza doğru ve kanunî süresi içerisinde cevap verilebilmesi için düzenlenmiştir.

Form kapsamında iletmekte olduğunuz taleplerinize ilişkin bilgilerin doğru ve güncel olmaması ya da

yetkisiz birbaşvuru yapılması halinde, söz konusu yanlış bilgi ya da yetkisiz başvuru kaynaklı taleplerden veya belirttiğiniz adreslere cevaplarımızın gönderimi sırasında oluşabilecek aksaklıklardan dolayı Hastanemiz sorumluluk kabuletmemektedir.

7- Başvuru Sahibi Beyanı:

Bu başvuruda tarafınıza vermiş olduğum belge ve bilgilerin doğru, güncel ve şahsıma ait olduğunu beyan ve taahhüt ederim.

Yukarıda belirttiğim taleplerim doğrultusunda, kurumunuza yapmış olduğum başvurumun Kanunun 13.maddesince değerlendirilerek, tarafıma bilgi verilmesini talep ederim.

Talep Sahibi tarafından doldurulacaktır.

Talep Tarihi :

Talep Eden Adı / Soyadı:

İmza :

Kurum tarafından doldurulacaktır.

Teslim Alma Tarihi :

Teslim Alan Adı Soyadı :

Teslim Alan Ünvanı :

İmza :