

	KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU UYARINCA BAŞVURU FORMU					
	Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No	
	HB. FR.41	31.12.2021	0	0	1 / 4	

1- Veri Sahibinin Bilgileri

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).


Adı Soyadı:	
T.C. Kimlik No.	
Doğum Tarihi	
Telefon Numarası	
E-posta Adresi	
Adres	

3- Kurumumuzla Olan İlişki Bilgisi

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

4. Kişisel Verilerin Korunması Kanunu 11.Maddesi Uyarınca Talebinizi Aşağıda Belirtiniz

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

	KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU UYARINCA BAŞVURU FORMU					
	Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi		Sayfa No
	HB. FR.41	31.12.2021	0	0		2 / 4

2	Eğer şirketiniz hakkımda kişisel veri işliyorsaa 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 İsteddiğiniz kişisel verinizi "Seçimiz" alanına yazınız ve doğru Ve tamamlayıcı bilgileri gösteren belgeleri ekleyiniz. (Nüfus cüzd.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 cüzd.,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 sonuç 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)	

	KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU UYARINCA BAŞVURU FORMU					
	Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No	
	HB. FR.41	31.12.2021	0	0	3 / 4	

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,

	KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU UYARINCA BAŞVURU FORMU					
	Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi		Sayfa No
	HB. FR.41	31.12.2021	0	0		4 / 4

Hastanemiz tarafından işlenen kişisel verilerinizle ilgili olarak eksiksiz ve isabetli olarak ilgili başvurunuza doğru ve kanuni süresi içerisinde cevap verilebilmesi için düzenlenmiştir.

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 Hastanemiz sorumluluk kabul etmemektedir.

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 Kanununun 13.maddesine 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 :