

KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU KAPSAMINDA BAŞVURU FORMU

A. GENEL AÇIKLAMALAR

6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nda ("KVK Kanunu") ilgili kişi olarak tanımlanan kişisel veri sahiplerine ("Bundan sonra "Başvuru Sahibi" olarak anılacaktır), KVK Kanunu'un 11'inci maddesinde kişisel verilerinin işlenmesine ilişkin birtakım taleplerde bulunma hakkı tanınmıştır.

KVK Kanunu'nun 13'üncü maddesinin birinci fıkrası uyarınca; veri sorumlusu olan Hastanemize bu haklara ilişkin olarak yapılacak başvuruların yazılı olarak veya Kişisel Verilerin Korunması Kurulu ("Kurul") tarafından belirlenen diğer yöntemlerle tarafımıza iletilmesi gerekmektedir.

Bu çerçevede "yazılı" olarak Hastanemize yapılacak başvurular, işbu formun çıktısı alınarak;

- ✓ Başvuru Sahibi'nin şahsen başvurusu ile,
- ✓ Noter vasıtasıyla,
- ✓ Başvuru Sahibi'nce 5070 Sayılı Elektronik İmza Kanununda tanımlı olan "güvenli elektronik imza" ile imzalanarak Şirket kayıtlı elektronik posta adresine gönderilmek suretiyle,

tarafımıza iletilebilecektir.

Aşağıda yazılı başvuruların ne şekilde tarafımıza ulaştırılacağına ilişkin yazılı başvuru kanalları özelinde bilgiler verilmektedir.

Başvuru Yöntemi	İstenen Evrak	Başvuru Adresi	Başvuru Açıklaması
Şahsen Başvuru (Kendisi)	Nüfus Cüzdanı (Kimlik tespiti için ek evrak talep edilebilir.)	Mücahitler Mah. Gazimuhtarpaşa Bul. No: 56 Şehitkamil / GAZİANTEP	Zarfın üzerine " Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamında Bilgi Talebi" yazılacaktır.
Şahsen Başvuru (Yetkili Kişi)	Nüfus Cüzdanı, yetki belgesi, (Kimlik tespiti için ek evrak talep edilebilir.)	Mücahitler Mah. Gazimuhtarpaşa Bul. No: 56 Şehitkamil / GAZİANTEP	Zarfın üzerine " Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamında Bilgi Talebi" yazılacaktır.
Noter kanalıyla tebligat		Mücahitler Mah. Gazimuhtarpaşa Bul. No: 56 Şehitkamil / GAZİANTEP	Zarfın üzerine " Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamında Bilgi Talebi" yazılacaktır.
"Güvenli elektronik imza" ile imzalanarak Kayıtlı Elektronik Posta (KEP) yoluyla		ncrsaglik@hs02.kep.tr	E-postanın konu kısmına üzerine " Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamında Bilgi Talebi" yazılacaktır.

Ayrıca, Kurul'un belirleyeceği diğer yöntemler duyurulduktan sonra bu yöntemler üzerinden de başvuruların ne şekilde alınacağı Hastanemizce duyurulacaktır.

Tarafımıza iletilmiş olan başvurularınız KVK Kanunu'nun 13'üncü maddesinin 2'inci fıkrası gereğince, talebin niteliğine göre talebinizin bizlere ulaştığı tarihten itibaren otuz gün içinde yanıtlandırılacaktır. Yanıtlarımız ilgili KVK Kanunu'nun 13'üncü maddesi hükmü gereğince yazılı veya elektronik ortamdan tarafınıza ulaştırılacaktır.

B. BAŞVURUDA BULUNAN VERİ SAHİBİNİN;

Adı Soyadı	
TC Kimlik No	
Doğum Tarihi	
Telefon No	
E-posta	
Adres	

C. BAŞVURUDA BULUNAN VERİ SAHİBİ ADINA BAŞVURU YAPAN YETKİLİNİN;

Adı Soyadı	
TC Kimlik No	
Doğum Tarihi	
Telefon No	
E-posta	
Adres	

D. HASTANEMİZLE İLİŞKİSİ;

- Hasta / Hasta Yakını Çalışan / Eski Çalışan / Aday Üçüncü Taraf, Firma Çalışanı

Hastanemizde sağlık hizmeti alanlar dolduracaktır.

<input type="checkbox"/> Ayakta tedavi oldum	<input type="checkbox"/> Ameliyat oldum
<input type="checkbox"/> Yatarak tedavi oldum	<input type="checkbox"/> Diğer :
Hizmet Alınan Tarih	
Hizmet Alınan Sağlık Birimleri	

Hastanemizde çalışanlar, iş başvurusunda bulunanlar veya üçüncü taraf olanlar dolduracaktır.

<input type="checkbox"/> Mevcut çalışıyorum	<input type="checkbox"/> İş başvurusu / özgeçmiş paylaşımı yaptım
<input type="checkbox"/> Eski çalışıyorum	Tarih :.....
Çalıştığım yıllar :	<input type="checkbox"/> Üçüncü taraf firma çalışıyorum
	Lütfen çalıştığınız firma ve pozisyon bilgisini belirtiniz

E. KVK KANUNU KAPSAMINDAKİ TALEP DETAYI;

Lütfen KVK Kanunu kapsamındaki talebinizi detaylı olarak belirtiniz:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

F. TALEBE CEVAP BİLDİRİM ŞEKLİ;

- Adresime gönderilmesini istiyorum.
- E-posta adresime gönderilmesini istiyorum.
- Elden teslim almak istiyorum.

(Vekaleten teslim alınması durumunda vekaletname veya yetkili kişinin yetkisini gösterir belgenin olması gerekir.)

İşbu başvuru formu, Hastanemiz ile olan ilişkinizi tespit ederek, varsa, Hastanemiz tarafından işlenen kişisel verilerinizi eksiksiz olarak belirleyerek, ilgili başvurunuza doğru ve kanuni süresinde cevap verilebilmesi için tanzim edilmiştir. Hukuka aykırı ve haksız bir şekilde veri paylaşımından kaynaklanabilecek hukuki risklerin bertaraf edilmesi ve özellikle kişisel verilerinizin güvenliğinin sağlanması amacıyla, kimlik ve yetki tespiti için Hastanemiz ek evrak ve malumat (Nüfus cüzdanı veya sürücü belgesi sureti vb.) talep etme hakkını saklı tutar. Form kapsamında iletmekte olduğunuz taleplerinize ilişkin bilgilerin doğru ve güncel olmaması ya da yetkisiz bir başvuru yapılması halinde Hastanemiz, söz konusu yanlış bilgi ya da yetkisiz başvuru kaynaklı taleplerden dolayı mesuliyet kabul etmemektedir.

Başvuranın Adı Soyadı: Başvuru Tarihi: İmza:	Teslim Alanın Adı Soyadı: Teslim Tarihi: İmza:
---	---