

YAYIN TARİHİ:  
01.01.2021

REVİZYON  
NO:00

REVİZYON TARİHİ:

SAYFA NO: 1

**I. Veri Sahibinin Bilgileri**

T.C.Kimlik Numarası: .....  
Adı Soyadı: .....  
Doğum Tarihi : .....
**II. Veri Sahibinin İletişim Bilgileri**

Telefon Numarası: .....  
E-posta Adresi: .....  
Adres : .....
**III. Başvuruyu Veri Sahibi Adına Yapan Yetkili Kişi (Başvuru yapan kişi, veri sahibinden farklı kişi ise doldurulacaktır.)**

T.C.Kimlik No: .....  
Adı Soyadı: .....  
Doğum Tarihi: .....  
Yakınlık Derecesi: .....  
(Yasal temsilci iseniz ilgili kararı ek olarak iletiniz. Kişisel verilerinizin güvenliği için Nüfus Cüzdanı talep edilebilir.)  
Telefon Numarası: .....  
E-posta Adresi: .....  
Adres : .....
**IV. Kurum ile İlişki Bilgisi**

Başvuru Yapılan Kurum Adı : .....  
Lütfen aşağıdaki seçeneklerden size uygun olanı işaretleyiniz.
 Hasta/Hasta Yakını       Çalışan/Eski Çalışan/Aday       Üçüncü Taraf/Tedarikçi/Firma Çalışanı

**Hasta/Hasta Yakını tarafından doldurulacaktır.**
 Ayakta Tedavi Oldum  
 Diğer : .....  
Hizmet alınan sağlık bölüm/bölgeleri; .....  
Son Başvuru Tarihi; .....
**Çalışan/Eski Çalışan/Aday tarafından doldurulacaktır.**
 Çalışan  
 Eski Çalışan      Çalışma Dönemi (ay/yıl) : .....  
 İş Başvurusu/Özgeçmiş Paylaşımı yaptım.      Başvuru Tarihi (ay/yıl) : .....  
 Diğer : .....

YAYIN TARİHİ:  
01.01.2021REVİZYON  
NO:00

REVİZYON TARİHİ:

SAYFA NO: 2

**Üçüncü Taraf/Tedarikçi/Firma Çalışanı tarafından doldurulacaktır.**

Çalıştığınız Firma Adı : .....

Unvan : .....

**V. Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamındaki talebinizi detaylı olarak belirtiniz.**

Lütfen talep edilen kişisel veriye ilişkin detaylı açıklama yapınız. (örneğin çalıştığınız bölüm, iletişimde olduğunuz bölüm/kişi/unvan bilgisi, aldığınız hizmet/bölüm bilgisi vb.)

**VI. Lütfen talebinize vereceğimiz yanıtın tarafınıza gönderim yöntemi seçiniz.**

- Adresime gönderilmesini istiyorum.  
 E-posta adresime gönderilmesini istiyorum.  
 Bizzat başvurarak elden teslim almak istiyorum.

**VII. Açıklama**

Bu formu doldurarak, imzalı bir örneğin hizmet aldığınız klinik sorumlusuna bizzat teslim edebilir, mail atabilir ya da noter kanalıyla gönderebilirsiniz. Bilgi talep formu, ilgili kliniğimizde işlenen kişisel verilerinize ilişkin eksiksiz ve isabetli olarak başvurunuza doğru, tam ve kanuni süresi içerisinde cevap verilebilmesi için düzenlenmiştir. 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, 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, söz konusu yanlış bilgi ya da yetkisiz başvuru kaynaklı taleplerden veya belirttiğiniz adreslere cevaplarımızın gönderimi sırasında oluşabilecek aksaklıklardan dolayı kurumlarımız sorumluluk kabul etmemektedir. Talebinizi ilettikten sonra değerlendirme sürecinde talebin tarafımıza ulaştığından emin olunuz.

**Talep Sahibi tarafından doldurulacaktır.**

Talep Tarihi : ..... / ..... / .....

Talep eden Adı/Soyadı : .....

İmza : .....

YAYIN TARİHİ:  
01.01.2021

REVİZYON  
NO:00

REVİZYON TARİHİ:

SAYFA NO: 3

**Kurum tarafından doldurulacaktır.**

Teslim Alma Tarihi : ..... / ..... / .....

Teslim Alan Adı/Soyadı : .....

Teslim Alan Unvanı : .....

İmza : .....