

KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU UYARINCA BAŞVURU FORMU

(ÖNEMLİ: Formu doldurmadan önce “KVKK Hasta Bilgilendirme” bölümünü mutlaka okuyunuz. Başvuru Formunuzun işleme alınması için “Aydınlatma metni ve Onay formu”nun okunması ve imzalanmış olması gerekmektedir.)

A. Başvuruda Bulunan Veri Sahibinin İletişim Bilgileri:

ADI SOYADI:

DOĞUM TARİHİ:

TC KİMLİK NUMARASI:

TELEFON NUMARASI:

E- POSTA ADRESİ:

ADRESİ:

(Veri sahibi ile başvuruda bulunan farklı kişiler ise lütfen aşağıdaki bölümü doldurunuz.)

B. Başvuruyu Veri Sahibi Adına Yapan Yetkili Kişinin İletişim Bilgileri:

ADI SOYADI:

DOĞUM TARİHİ:

TC KİMLİK NUMARASI:

TELEFON NUMARASI:

E- POSTA ADRESİ:

ADRESİ:

C. Lütfen Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (“KVKK”) kapsamındaki talebinizi ayrıntılı olarak açıklayınız:

D. Lütfen başvurunuza vereceğimiz yanıtın tarafınıza bildirilmesini istediğiniz yönetim seçiniz:

☐ Adresime gönderilmesini istiyorum.

☐ E-posta adresime gönderilmesini istiyorum.

☐ Elden teslim almak istiyorum. (Vekâleten teslim alınması durumunda vekâletname veya yetkili kişinin yetkisini gösterir belgenin olması gerekmektedir.)

E. Genel Açıklama

İşbu Başvuru Formu’nu doldurarak, imzalı bir suretini Merkez Mah. Sıracevizler Cad. Akın Apt. 53/16, 34381 Şişli, İstanbul adresine bizzat teslim edebilir veya noter kanalıyla gönderebilirsiniz.

Doldurmuş olduğunuz İşbu Başvuru Formu, varsa muayenehanemiz tarafından işlenen kişisel verileriniz ile ilgili eksiksiz olarak ilgili başvurunuza kanuni suresi içerisinde doğru şekilde cevap verilebilmesi için hazırlanmıştır. 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 muayenehanemizin, ek evrak ve malumat (nüfus cüzdanı, pasaport, 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 cevaplanmızın gönderimi sırasında oluşabilecek aksaklıklardan dolayı muayenehanemiz herhangi bir sorumluluk kabul etmemektedir.

BAŞVURU TARİHİ:

BAŞVURANIN ADI SOYADI:

İMZA:

(Muayenehane tarafından doldurulacaktır)

TESLİM ALINAN TARİH:

TESLİM ALANIN ADI SOYADI:

İMZA: