

KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU (KVKK) UYARINCA BİLGİ TALEP FORMU

I. BAŞVURU SAHİBİ BİLGİLERİ	T.C. Kimlik No		
	Ad Soyad		
	Doğum Tarihi	/ /	E-mail Adresi:
	Telefon No		
	Adres		
	<input type="checkbox"/> Veri sahibiyim (kendi verilerimi talep ediyorum)		
<input type="checkbox"/> Veri sahibi yakınıyım (Yakınıma ilişkin verileri talep ediyorum)			
<input type="checkbox"/> Yakınlık derecesi* belirtiniz:			
* Yasal temsilci iseniz ilgili kararı ek olarak iletiniz.			
Not: Kişisel verilerinizin güvenliğini sağlamak amacıyla kimlik tespiti için ekevrak (Nüfus Cüzdanı vb) talep edilebilir.			
II. KURUMLA İLİŞKİ BİLGİSİ	Lütfen aşağıdaki seçeneklerden kurumumuzla olan ilginize uygun olanı işaretleyiniz.		
	<input type="checkbox"/> Hasta/Hasta Yakını	<input type="checkbox"/> Çalışan/Eski Çalışan/Aday	<input type="checkbox"/> Tedarikçi/ Firma Çalışanı
	Hastalarımız için	Çalışanlarımız için	Tedarikçilerimiz için
	En son hizmet alınan birim; Son başvuru tarihi;	Durum; <input type="checkbox"/> Mevcut Çalışan <input type="checkbox"/> Eski Çalışan <input type="checkbox"/> Aday Çalışma dönemi (yıl); Adaylar için başvuru yılı;	Çalıştığınız firma adı; Firmanızdaki pozisyonunuz;
III. Talebe İlişkin Bilgi	Lütfen talep ettiğiniz kişisel veriye ilişkin bir açıklama yapınız ve verinin konumuna dair sahip olduğunuz herhangi bir bilgi var ise paylaşınız (örneğin kurumumuz hastaneyi, çalışıyorsanız departmanınızı, iletişimde bulunduğunuz kişileri uygun olduğu ölçüde açıklayınız).		
	Lütfen talebinize vereceğimiz yanıt için gönderim yöntemini seçiniz		
<input type="checkbox"/> Adresime gönderim istiyorum			
<input type="checkbox"/> E-posta adresime gönderim istiyorum			
<input type="checkbox"/> Bizzat başvurarak elden teslim almak istiyorum			

Talep Eden Tarafından Doldurulacak	Kurum Tarafından Doldurulacak
Talep Tarihi :...../...../.....	Teslim Alma Tarihi :/...../.....
Talep Eden Ad Soyad:	Teslim Alan Ad Soyad:
İmza :	İmza :

Açıklama: Kişisel verilerinizle ilgili taleplerinizi bu formu doldurarak, veri sorumlusu sıfatı ile işlendiği ölçüde Kişisel Verileri Koruma Kanunu (KVKK)'nın 11.maddesi gereği **Özel Pendik Şifa Hastanesi Bahçelievler Mah. Aydınliolu Cad. Zıpkın Sok. No:10 Pendik / İstanbul / Türkiye** adresine elden teslim edebilir veya noter kanalıyla gönderebilirsiniz. Ayrıca başvuru formunu 5070 Sayılı Elektronik İmza Kanununda tanımlı olan "güvenli elektronik imza" ile imzalayarak hastanenin kayıtlı elektronik posta adresine gönderebilirsiniz. Bu formda belirttiğiniz bilgi ve belgeler kurumumuz ile ilişkinizi doğru bir şekilde tespit etmek ve size kanuni süre içerisinde eksiksiz yanıt verebilmek için talep edilmektedir.