

KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASINA İLİŞKİN BAŞVURU YÖNTEMLERİ

6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nda (Bundan sonra "KVKK" olarak anılacaktır.) ilgili kişi olarak tanımlanan kişisel veri sahiplerine (Bundan sonra "Başvuru Sahibi" olarak anılacaktır), KVKK 11. maddesinde kişisel verilerinin işlenmesine ilişkin talepte bulunma hakkı tanınmaktadır.

KVKK 13. Maddesin uyarınca; veri sorumlusu olan kliniğimize bu haklara ilişkin olarak yapılacak başvuruların yazılı olarak veya Kişisel Verilerin Korunması Kurulu tarafından belirlenen diğer yöntemlerle tarafımıza iletilmesi gerekmektedir.

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

- Başvuru Sahibinin şahsen başvurusu,
- Noter kanalıyla,
- Başvuru Sahibi tarafından 5070 Sayılı Elektronik İmza Kanununda tanımlı olan güvenli elektronik imza, mobil imza ya da kliniğe ait aşağıda detaylı olarak belirtilen e-mail adresi kullanılarak iletilebilir.

Başvuru sahibi tarafından "şahsen başvuru" veya "noter" yöntemi seçildiği takdirde; başvurunun ıslak imzalı ve kimlik fotokopinizle beraber kliniğimizin adresi olan "Mustafa Kemal Mahallesi, Tepe Prime B Blok Daire 48, 06510 Çankaya, Ankara" adresine iletilmesi gerekmektedir.

Başvuru sahibi tarafından geçerli elektronik imza vasıtasıyla "elektronik yöntemle" başvuru yöntemi seçildiği takdirde ise söz konusu başvurunun kliniğimizin resmi mail adresi olan ahmetbostanci@hotmail.com adresine yapılması gerekmektedir.

Tarafımıza iletilmiş olan başvurularınız KVKK uyarınca talebin tarafımıza ulaştığı tarihten itibaren en geç otuz gün içinde yanıtlanarak tarafınıza başvuru şeklinize göre yazılı veya elektronik ortamda tarafınıza iletilecektir.

KVKK BAŞVURU FORMU

A. Başvuru Sahibi İletişim Bilgileri:

Ad-Soyad	
TC Kimlik Numarası	
Telefon Numarası	
e-mail	
Adres	

B. Klinik ile olan İlişkiniz:

<input type="checkbox"/> Hasta <input type="checkbox"/> Çalışan <input type="checkbox"/> Tedarikçi	<input type="checkbox"/> Hasta Yakını <input type="checkbox"/> Üçüncü Firma Çalışanı <input type="checkbox"/> Diğer:
<input type="checkbox"/> Eski Çalışan iseniz; <i>Çalıştığınız Yıllar:</i>	<input type="checkbox"/> İş Başvurusu / Özgeçmiş Paylaşımı Yaptım <i>Tarih :</i>

C. KVKK Kapsamındaki Talebinizi Lütfen Detaylı Olarak Belirtiniz:

D. KVKK Kapsamındaki Başvuruza Verilecek Yanıt Bildirme Yöntemi:

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

İşbu başvuru formu, kliniğimiz ile olan ilişkinizi tespit edilerek varsa; kliniğimiz tarafından işlenen kişisel verilerinizi eksiksiz olarak belirleyerek, ilgili başvuruza doğru bir şekilde ve kanuni süresine uygun olarak cevap verilebilmesi için tanzim edilmektedir.

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 kliniğimiz ek evrak (Nüfus cüzdanı veya sürücü belgesi sureti vb.) talep etme hakkını saklı tutmaktadır. 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 dolayı kliniğimiz mesuliyet kabul etmemektedir.

Başvuru Sahibi (Kişisel Veri Sahibi) Adı Soyadı:
Başvuru Tarihi:
İmza: