

KVKK UYARINCA KİŞİSEL VERİ TALEP FORMU

Başvuru Tarihi : / /

- Kendisine ait "Kişisel Verinin Talebi"
- Başkasına ait "Kişisel Verinin Talebi" halinde (19 yaşından gün almamış ise ebeveynleri ya da velayet sahibi, vesayet altında ise vasisi, ilgili kişinin bu yönde açıkça vekalet vermiş olduğu kişiler)

A. Başvuruda bulunan Kişinin iletişim bilgileri:

Adı Soyadı:

İmza:.....

Doğum Tarihi:...../ /

T.C. Kimlik No :

..... Telefon Numarası:

.....

E-posta Adresi:

.....

Adres:

.....

B. Talebi yapılan Kişisel Verinin sahibi:

Adı Soyadı :

.....

... Doğum Tarihi:...../ / T.C. Kimlik No :

..... Telefon Numarası :

.....

E-posta Adresi:

.....

Adres:

.....

C. Lütfen polikliniğimiz ile olan ilişkinizi belirtiniz. ("Hasta, eski çalışan, üçüncü taraf, polikliniğimize hizmet sunan firma çalışanı gibi)

Polikliniğimizde sağlık hizmeti alanlar dolduracaktır

- Ayakta Tedavi Oldum Yatarak Tedavi Oldum Ameliyat Oldum Diğer:

..... Hizmet Alınan Sağlık Birimleri:

.....

.....

.....

Polikliniğimizde çalışanlar dolduracaktır.

- Mevcut Çalışanıyım

- Eski Çalışanıyım Çalıştığım Yıllar :

- Diğer:

D.Lütfen Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamındaki talebinizi detaylı olarak belirtiniz:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

E. Lütfen başvuruza vereceğimiz yanıtın tarafınıza bildirilme yöntemini seçiniz:

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

(Vekâleten talep edilmesi durumunda vekâletname veya yetkili kişinin yetkisini gösterir belgenin olması gerekmektedir.)

F. Açıklama

Bu formu doldurarak, İmzalı bir örneğini NİYAZI MAHALLESİ KARAKAŞ SOKAK NO:4/A-B

- Battalgazi/MALATYA adresine bizzat teslim edebilir.
- dentanoramalatya@gmail.com adresine güvenli elektronik ya da mobil imzalı olarak, kayıtlı elektronik posta adresi veya sistemimizde kayıtlı olan elektronik posta adresiniz aracılığıyla iletebilirsiniz.

Doldurmuş olduğunuz bu başvuru formu, polikliniğimiz ile olan ilişkinizi tespit ederek, varsa, Polikliniğimiz tarafından işlenen kişisel verilerinizle ilgili olarak eksiksiz ve isabetli olarak ilgili başvuruza doğru 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 polikliniğimiz, ek evrak ve malumat (Nüfus cüzdanı veya sürücü belgesi sureti gibi) 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 adrelelere cevaplarımızın gönderimi sırasında oluşabilecek aksaklıklardan dolayı polikliniğimiz sorumluluk kabul etmemektedir.

Poliklinik yetkilisi tarafından doldurulacaktır.

Tarih: / /

Teslim Alanın Adı Soyadı: İmza:
.....