



KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU BAŞVURU FORMU

TECHNO HEALTH LABORATUAR DİAGNOSTİK SAĞ.

HİZ. SAN. VE TİC. LTD. ŞTİ.

6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ("KVKK") 11. maddesinde ilgili kişi olarak tanımlanan kişisel veri sahiplerine kişisel verilerinin işlenmesi ve muhafazasına ilişkin birtakım taleplerde bulunma hakkı tanınmıştır. Bu haklarınızın kullanımı, KVKK 13. maddesinin 1. fıkrası gereğince ilgili talebinizin yazılı olarak veya Kurulun belirleyeceği diğer yöntemlerle Veri Sorumlusu olan Şirketimize iletilmesiyle mümkündür. Bu çerçevede "yazılı" olarak Şirketimize yapılacak başvurular için bu formun çıktısını alıp kalemle doldurduktan sonra kimliğinizi tespit edici gerekli bilgiler ile birlikte;

"**Barbaros Mah. Şen Sokak No:30 Ataşehir - İstanbul**" adresine bizzat elden iletebilir veya noter kanalıyla gönderebilirsiniz. Tarafımıza iletmış olduğunuz başvurular KVKK 13. maddesinin 2. fıkrası gereğince, talebin niteliğine göre, talebinizin bize ulaştığı tarihten itibaren en geç 30 (otuz) gün içinde yanıtlanacaktır. İşlemin ayrıca bir maliyet gerektirmesi hâlinde, Hastanemiz tarafından belirlenen tarifedeki ücret alınacaktır. Yanıtlarımız KVKK 13. maddesi hükmü gereğince yazılı ya da elektronik ortamda tarafınıza ulaştırılacaktır.

A. Başvuru Sahibi İletişim Bilgileri

Adı	
Soyadı	
T.C. kimlik numarası	
Telefon numarası	
e-posta (Belirtmeniz hâlinde size daha hızlı yanıt verebiliriz)	
Adres	

B. Lütfen Şirketimiz ile olan ilişkinizi belirtiniz (Hasta, hasta yakını, iş ortağı, çalışan adayı, eski çalışan, üçüncü taraf firma çalışanı gibi)

<input type="checkbox"/> Hasta	<input type="checkbox"/> İş ortağı
<input type="checkbox"/> Çalışan	<input type="checkbox"/> Diğer:.....
Şirket içinde ilgili olduğunuz birim:	
Konu:	
<input type="checkbox"/> Eski çalışmam	<input type="checkbox"/> İş başvurusu/özgeçmiş paylaşımı yaptım
Çalıştığım yıllar:.....	Tarih: / /



KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU BAŞVURU FORMU

Diğer:



KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU BAŞVURU FORMU

C. Lütfen KVK Kanunu kapsamındaki talebinizi detaylı olarak belirtiniz:

D. Lütfen başvurunuza vereceğimiz yanıtın tarafınıza bildirilme yöntemini seçiniz:

- Adresime gönderilmesini istiyorum.
- E-posta adresime gönderilmesini istiyorum (E-posta yöntemini seçmeniz hâlinde size daha hızlı yanıt verebiliriz).
- Elden teslim almak istiyorum (Vekâleten teslim alınması durumunda noter tasdikli vekâletname veya yetki belgesi olması gerekmektedir).

İşbu başvuru formu, Hastanemiz ile olan ilişkinizi tespit ederek varsa Şirketimiz tarafından işlenen kişisel verilerinizi eksiksiz olarak belirleyip ilgili başvurunuza doğru ve kanuni süresinde cevap verilebilmesi için tanzim edilmiştir. 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 Hastanemiz 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 hâlinde Hastanemiz söz konusu yanlış bilgi ya da yetkisiz başvuru kaynaklı taleplerden dolayı mesuliyet kabul etmemektedir.

Başvuru sahibinin adı-soyadı:

(Kişisel veri sahibi)

Başvuru tarihi:

İmza: