

KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU UYARINCA BAŞVURU FORMU

A. Başvuruda Bulunan Veri Sahibinin İletişim Bilgileri:

ADI SOYADI	:	
DOĞUM TARİHİ	:	
TC KİMLİK NUMARASI	:	
TELEFON NUMARASI	:	
E- POSTA ADRESİ	:	
ADRESİ	:	

(Veri sahibi ile başvurucu 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. Tıp Merkezimiz ile olan ilişkinizi kısaca belirtiniz. (Örneğin, eski çalışan, hasta, firma çalışanı gibi)

Tıp Merkezimizde sağlık hizmetleri alanların aşağıdaki bölümleri doldurması gerekecektir.

<input type="checkbox"/> Ayakta Tedavi Oldum	<input type="checkbox"/> Ameliyat Oldum
<input type="checkbox"/> Yatarak Tedavi Oldum	<input type="checkbox"/> Diğer:
Hizmet Alınan Sağlık Birimleri:	

Tıp Merkezimizde çalışan iseniz aşağıdaki bölümü doldurmanız gerekecektir.

<input type="checkbox"/> Mevcut Çalışanıyım	<input type="checkbox"/> İş Başvurusu / Özgeçmiş Paylaşımı Yaptım
<input type="checkbox"/> Eski Çalışanıyım	Tarih :
Çalıştığım Yıllar :	<input type="checkbox"/> Üçüncü Kişi Firma Çalışanıyım
<input type="checkbox"/> Diğer:	Lütfen çalıştığınız firma ve pozisyon bilgisini belirtiniz.

D. Lütfen Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ("KVKK") kapsamındaki talebinizi ayrıntılı olarak açıklayınız:

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

- Adresime gönderilmesini istiyorum.
- E-posta adresime gönderilmesini istiyorum.
- Elden teslim almak istiyorum. *(Vekaleten temsil alınması durumunda vekaletname veya yetkili kişinin yetkisini gösterir belgenin olması gerekmektedir.)*

F. Genel Açıklama

İşbu Başvuru Formu'nu doldurarak, imzalı bir suretini Harbiye Mah. Hüsrev Gerede Cad. No: 75 34367 Şişli, İstanbul adresine bizzat teslim edebilir, noter kanalıyla gönderebilir veya info@medicatr.com mail adresine iletebilirsiniz.

Doldurmuş olduğunuz işbu Başvuru Formu, Tıp Merkezimiz ile aranızda olan ilişkiyi tespit ederek, varsa Medica 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 Medica, 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 cevaplarımızın gönderimi sırasında oluşabilecek aksaklıklardan dolayı Medica herhangi bir sorumluluk kabul etmemektedir.

Başvuru Tarihi	:	
Başvurucunun Adı Soyadı	:	
İmza	:	

(Hastane tarafından doldurulacaktır)

Teslim Alınan Tarih	:	
Teslim Alanın Adı Soyadı	:	
İmza	:	