

İLGİLİ KİŞİ BAŞVURU FORMU

Bu başvuru formu DOÇ. DR. CEMİL KAYA KLİNİĞİ (Bundan sonra “Klinik” olarak anılacaktır.) tarafından hazırlanmış olup, 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanununun 13 üncü maddesi ve Veri Sorumlusuna Başvuru Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ kapsamında “Veri sorumlusuna yapılacak başvuru” için kullanılır.

Başvuru sahibine, talebinin niteliğine göre en kısa sürede ve en geç otuz gün içinde cevap verilecektir.

1- Başvuru yolu

Başvurunuzu bu formu doldurarak, bu form haricinde, dilediğiniz farklı bir yazılı metin sunarak veya Kişisel Verileri Koruma Kurulunca belirlenen her türlü yöntemle ve aşağıda yer alan şekillerde gerçekleştirebilirsiniz:

Kliniğimizin;

a- YDA CENTER Kızırmak Mahallesi, Dumlupınar Bulvarı No:9 A1 Blok Kat:5 No:144 adresine **sahsen**, posta ya da kargo yoluyla,

b- e-posta adresine (Bu formun imzalı suretini tarayarak)

2- İlgili Kişinin Bilgileri

Adı soyadı	
TC Kimlik No	
İletişim adresi	
Telefon numarası	
E-posta	

3- Talep konusu

6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamındaki talebinizi ve talebinize konu olan kişisel verileri detaylı olarak açıklayınız.

İşlenen Kişisel Veriler ile İlgili Talepler	Diğer
Açıklama;	Açıklama;

4- Ekler

Kliniğimize başvurunuzda dayanak göstermek istediğınız belge varsa buraya yazarak başvurunuza ekleyiniz.

Eklenecek Belgeler;
1- 2-

5- Talep sonucunun iletilmesi

Talebiniz sonucunun size ulaştırılmasını istediğınız iletişim kanalını işaretleyiniz.

Sonuç adresime gösterilsin	<input type="checkbox"/>
Sonuç E-posta hesabıma gönderilsin	<input type="checkbox"/>
Sonuç KEP adresime gönderilsin (varsa bildiriniz)	<input type="checkbox"/>

İşbu başvuru formu, “Klinik” ile olan ilişkinizi tespit ederek, varsa, “Klinik” tarafından işlenen kişisel verilerinizi eksiksiz olarak belirleyerek, 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 “Klinik”, 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 halinde “Klinik”, söz konusu yanlış bilgi ya da yetkisiz başvuru kaynaklı taleplerden dolayı sorumluluk kabul etmemektedir.

İlgili Kişi Başvuru Beyanı

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu uyarınca yapmış olduğum başvurusunun, yukarıda belirtilen talep/talepler çerçevesinde değerlendirilerek sonuçlandırılmasını rica eder, işbu “Veri Sorumlusuna Başvuru Formu”nda tarafınıza sağlamış olduğum bilgi ve belgelerin doğru, güncel ve şahsıma ait olduğunu kabul, beyan ve taahhüt ederim.

Adı Soyadı :
Başvuru Tarihi :
İmzası :

(Başkası adına başvuruda bulunmaktaysanız, başvuru yapmaya yetkili olduğunuzu gösteren belgeleri (ilgili kişinin velisi/ vasisi olduğunu gösterir belge, vekaletname gibi) başvurunun ekinde gönderiniz. Bu belgelerin geçerli olarak kabul edilmesi için yetkili makamlar tarafından düzenlenmiş veya onaylanmış olmaları aranmaktadır)