

MALTEPE MERKEZ SAĞLIK HİZMETLERİ VE MEDİKAL MALZEMELERİ SAN. TİC. VE LTD. ŞTİ.

VERİ SAHİBİ BAŞVURU FORMU

KVK Kanunu'nun 13. maddesinin 1. fıkrası gereğince, Aydınlatma Metninde belirtilen haklarınızı kullanmak için kimliğinizi tespit edici gerekli bilgiler ile KVK Kanunu'nun 11. maddesinde belirtilen talep ettiğiniz hakkınıza yönelik açıklamalarınızı içeren talebinizi bu formu doldurarak formun imzalı bir nüshası;

- ❖ ***Feyzullah Mah. Bağdat Cad. No. 346/D Maltepe-İstanbul*** adresine noter/iadeli taahhütlü posta yoluyla veya ıslak imzalı şekilde elden,
- ❖ Kayıtlı e-posta sistemi üzerinden maltepemerkezsaglik@hs01.kep.tr kep adresine ve info@maltepetipmerkezi.com online olarak gönderilmelidir.

Formun gönderilmesi amacıyla içine konulan zarf üzerine veya elektronik posta konu başlığına hak kaybına uğramamanız ve size erken dönüş yapabilmemiz adına "**Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamında Bilgi Talebi**" ibaresi eklenmelidir.

BAŞVURUDA BULUNAN KİŞİNİN İLETİŞİM BİLGİLERİ:

Ad Soyad:	
T.C. Kimlik No:	
Telefon Numarası:	
E-posta Adresi:	
Adres:	

ŞİRKETİMİZ İLE OLAN İLİŞKİNİZİ BELİRTİNİZ:

<input type="checkbox"/> Hasta	<input type="checkbox"/> Hasta Yakını
<input type="checkbox"/> Eski Çalışan	<input type="checkbox"/> Diğer (Lütfen Belirtiniz)

LÜTFEN KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU KAPSAMINDAKİ TALEBİNİZİ DETAYLI OLARAK BELİRTİNİZ.

--

LÜTFEN BAŞVURUNUZA DAYANAK GÖSTERMEK İSTEDİĞİNİZ BELGE VARSA BELİRTİNİZ.

--

ŞİRKET TARAFINDAN BAŞVURUNUZA VERİLECEK YANITIN TARAFINIZA BİLDİRİLME YÖNTEMİNİ BELİRTİNİZ.

<input type="checkbox"/> Adresime gönderilmesini istiyorum.	<input type="checkbox"/> Elden teslim almak istiyorum.
<input type="checkbox"/> E-posta adresime gönderilmesini istiyorum. (e-posta adresinizi yazınız.)	<input type="checkbox"/> Vekaleten teslim almak istiyorum. (Noter tasdikli özel yetki içeren vekaletname olması gerekmektedir.)

Doldurmuş olduğunuz bu başvuru formu; Şirketimiz ile olan ilişkinizin tespit edilmesi ve Şirket tarafından işlenen kişisel verileriniz ile ilgili tarafınıza kanuni süresi içerisinde, eksiksiz ve doğru olarak cevap verilebilmesi için oluşturulmuştur. Hukuka aykırı ve haksız bir şekilde veri paylaşımından kaynaklı hukuki risklerin bertaraf edilmesi ve kişisel verilerinizin güvenliğinin sağlanması amacıyla, kimlik tespiti ve yetki tespiti için Şirket ek evrak ve malumat talep etme hakkını saklı tutmaktadır.

Form kapsamında iletmekte olduğunuz taleplerinize ilişkin bilgilerin doğru ve güncel olmaması ya da yetkisiz bir başvuru yapılması halinde Şirketimiz, söz konusu yanlış bilgi ya da yetkisiz başvuru kaynaklı taleplerden dolayı mesuliyet kabul etmemektedir.

Tarafımıza iletilmiş olan başvurularınız KVK Kanunu'nun 13'üncü maddesinin 2'nci fıkrası gereğince, talebin niteliğine göre, talebinizin bizlere ulaştığı tarihten itibaren 30 (otuz) gün içinde yanıtlandırılacaktır. Yanıtlarımız ilgili KVK Kanunu'nun 13'üncü maddesi hükmü gereğince yazılı veya elektronik ortamdan tarafınıza ulaştırılacaktır. Yazılı cevap talep etmeniz durumunda, cevabın 10 sayfayı geçmesi halinde 10 sayfa sonrası ücret ve elektronik cevap verilmesi durumunda cevap verilen kayıt ortamının ücreti tarafınızdan tahsil edilebilir.

ÖNEMLİ NOT: BAŞVURULAR, KİŞİNİN ŞAHSINA AİT OLMALIDIR. EŞ, YAKIN, ÇOCUK VS. ADINA BAŞVURU YAPILAMAZ. ŞİRKET, BAŞVURU SAHİBİNİN KİMLİĞİNDEN ŞÜPHELENİRSE BUNA İLİŞKİN DOĞRULAMA BİLGİLERİNİ KİŞİDEN TALEP EDEBİLİR.

MALTEPE MERKEZ SAĞLIK HİZMETLERİ VE MEDİKAL MALZEMELERİ SAN. TİC. VE LTD. ŞTİ. TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR.

Teslim Alanın Adı Soyadı:	
Tarih:	
İmza:	

