

A. İLGİLİ KİŞİ İLETİŞİM BİLGİLERİ

İsim-Soyisim :

TCKN :

Adres :

E-posta / Tel No :

B. Lütfen Hastanemiz ile bağlantınıza en uygun seçeneği işaretleyin.

İşçi  Hasta / Hasta Yakını / Yasal temsilci / Vasi

Hizmet sağlayıcı  Diğer (Açıklayınız.)

C. Kişisel Verilerinizin Korunması ile KVKK m. 11 kapsamında yer alan ilgili taleplerinizi kısaca özetleyin.

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

D. 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 verebileceğiz.)

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, Hastanemiz 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 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 halinde Hastanemiz, söz konusu yanlış bilgi ya da yetkisiz başvuru kaynaklı taleplerden dolayı mesuliyet kabul etmemektedir. Başvurular Türkçe yapılmalıdır.

Başvuru Sahibi (Kişisel Veri Sahibi) Adı Soyadı : Başvuru Tarihi : İmza :