

**KİŞİSEL VERİLERİ KORUMA KANUNU (KVKK)**  
**KİŞİSEL VERİLER ERİŞİM/ BİLGİ TALEP FORMU**

<b>I. Başvuru Sahibi Bilgileri</b>	T.C. Kimlik No		
	Ad Soyad		
	Doğum Tarihi		
	Telefon No		
	Adres		
	<input type="checkbox"/> Veri sahibiyim (kendi verilerimi talep ediyorum)		
	<input type="checkbox"/> Veri sahibi yakınıyım (Yakınıma ilişkin verileri talep ediyorum)		
	<input type="checkbox"/> Yakınlık derecesi* belirtiniz:		
	* Yasal temsilci iseniz ilgili kararı ek olarak iletiniz.		
	<i>Not: Kişisel verilerinizin güvenliğini sağlamak amacıyla kimlik tespiti için ek evrak (Nüfus Cüzdanı vb) talep edilebilir.</i>		
<b>II. Kurumla İlişki Bilgisi</b>	Lütfen aşağıdaki seçeneklerden kurumumuzla olan ilginize uygun olanı işaretleyiniz.		
	<input type="checkbox"/> Hasta/ Hasta Yakını	<input type="checkbox"/> Çalışan/ Eski Çalışan/ Aday	<input type="checkbox"/> Tedarikçi/ Firma Çalışanı
	<b>Hastalarımız için</b>	<b>Çalışanlarımız için</b>	<b>Tedarikçilerimiz için</b>
En son hizmet alınan birim;	Durum; <input type="checkbox"/> Mevcut Çalışan <input type="checkbox"/> Eski Çalışan <input type="checkbox"/> Aday	Çalıştığınız firma adı;	
Son başvuru tarihi;	Çalışma dönemi (yıl); Adaylar için başvuru yılı;	Firmanızdaki pozisyonunuz;	
<b>III. Talebe İlişkin Bilgi</b>	<i>Lütfen taleptiğiniz kişisel veriye ilişkin bir açıklama yapınız ve verinin konumuna dair sahip olduğunuz herhangi bir bilgi var ise paylaşınız (örneğin kurumumuz hizmet alınan polikliniği, çalışıyorsanız departmanınızı, iletişimde bulunduğunuz kişileri uygun olduğu ölçüde açıklayınız).</i>		
	Lütfen talebinize vereceğimiz yanıt için gönderim yöntemini seçiniz		
	<input type="checkbox"/> Adresime gönderim istiyorum	<input type="checkbox"/> E-posta adresime gönderim istiyorum	<input type="checkbox"/> Bizzat başvurarak elden teslim almak istiyorum

<b>Talep Eden Tarafından Doldurulacak</b>	<b>Doktor Tarafından Doldurulacak</b>
Talep Tarihi	Teslim Alma Tarihi
Talep Eden Ad Soyad - İmza	Teslim Alan Ad Soyad - İmza

**Açıklama:** Kişisel verilerinizle ilgili taleplerinizi bu formu doldurarak, veri sorumlusu sıfatı ile işlendiği ölçüde Kişisel Verileri Koruma Kanunu (KVKK)'nın 11.maddesi gereği Poliklinik adresine elden teslim edebilir veya noter kanalıyla gönderebilirsiniz. Bu formda belirttiğiniz bilgi ve belgeler kurumumuz ile ilişkinizi doğru bir şekilde tespit etmek ve size kanuni süre içerisinde eksiksiz yanıt verebilmek için talep edilmektedir.