


	KİŞİSEL VERİ BAŞVURU FORMU			
KODU: BY.YD.12	YAYIN TARİHİ: 26.02.2021	REVİZYON NO:-	REVİZYON TARİHİ: -	SAYFA NO:

İşbu Kişisel Veri Bilgi İsteme Başvuru Formu, Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun ("KVKK") 11. maddesinde belirtilmiş ve aşağıda listelenmiş olan nedenlerle kişisel verileriniz ile ilişkili Veri Sorumlusu Özel Çınarlı Doğumevi Ve Kadın Hastalıkları Hastanesi Sağlık Tesisleri İşletmeleri Anonim Şirketi (Mersis No: 0685004944700018) ("Özel Çınarlı Hastanesi")'nden bilgi isteme hakkınızın kullanılması için hazırlanmıştır.

1. Kişisel verilerinizin işlenmesi konusunda işlenip işlenmediğini öğrenme,
2. İşlenmişse bilgi talep etme,
3. İşlenme amacını ve amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenme,
4. Yurt içinde/yurt dışında aktarıldığı 3. kişileri bilme,
5. Eksik/yanlış işlenmişse düzeltilmesini isteme,
6. Kanununun 7. maddesinde öngörülen şartlar çerçevesinde silinmesini/yok edilmesini isteme,
7. Aktarıldığı 3. kişilere yukarıda sayılan maddeler uyarınca yapılan işlemlerin bildirilmesini isteme,
8. Münhasıran otomatik sistemler ile analiz edilmesi nedeniyle aleyhinize bir sonucun ortaya çıkmasına itiraz etme,
9. Hukuka aykırı olarak işlenmesi sebebiyle zarara uğramanız hâlinde zararın giderilmesini talep etme

İlgili kişiler Özel Çınarlı Hastanesi'ne aşağıdaki yöntemlerle başvuru yapabilirler:

Başvuru Yöntemi	Başvurunun Yapılacağı Adres
Şahsen ve noter aracılığı ile	Çınarlı Mah. Anadolu Cad. No: 14 35110 Konak İzmir
Güvenli elektronik imza veya mobil imza ile imzalanarak Kayıtlı Elektronik Posta (KEP) aracılığı ile	ozelcinarlisaglik@hs03.kep.tr
Daha önce bildirmiş olduğunuz ve bilgisayar ve sistemlerde kayıtlı bulunan elektronik posta adresinizden	kvkk@ozelcinarlihastanesi.com

*Şahsen başvuracak ilgili kişilerin kimliğini ispat edici belgeleri ibraz etmesi zorunludur.

**Başvuru formunun tebligat zarfına veya e-postanın konu kısmına "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu İlgili Kişi Talebi" yazılmasını rica ederiz.

Kişisel Verilerin Korunması Kurulu tarafından belirlenecek diğer yöntemler duyurulur ise bu yöntemlerle ilgili olarak Özel Çınarlı Hastanesi tarafından ayrıca bilgilendirme yapılacaktır.

İlgili kişi talepleri Özel Çınarlı Hastanesi tarafından KVKK 13-2 madde uyarınca ilgili kişi talepleri, talebin niteliğine göre en kısa sürede ve en geç 30 (otuz) gün içinde sonuçlandırılacaktır.



KİŞİSEL VERİ BAŞVURU FORMU



KODU: BY.YD.12

YAYIN TARİHİ:
26.02.2021

REVİZYON NO:-

REVİZYON
TARİHİ: -

SAYFA NO:

1. İlgili kişinin iletişim bilgileri

Ad:	
Soyad:	
Telefon numarası:	
T.C. Kimlik numarası:	
E-posta:	
Adres:	

2. Özel Çınarlı Hastanesi ile olan ilişkinizi belirtiniz

<input type="checkbox"/> Hasta	<input type="checkbox"/> Diğer (lütfen belirtiniz):
<input type="checkbox"/> Ziyaretçi	
<input type="checkbox"/> Tedarikçi/Tedarikçi çalışanı	

Özel Çınarlı Hastanesi ile iletişimde olduğunuz birim/departman:

Konu:

<input type="checkbox"/> Eski Çalışan:	<input type="checkbox"/> Çalışan adayı (İş Başvurusu/Özgeçmiş Paylaşımı)
Çalışılan yıllar:	Tarih:

3. KVKK'nın 11. maddesi uyarınca talebinizi aşağıda belirtiniz.



KİŞİSEL VERİ BAŞVURU FORMU



KODU: BY.YD.12

YAYIN TARİHİ:
26.02.2021

REVİZYON NO:-

REVİZYON
TARİHİ: -

SAYFA NO:

	KİŞİSEL VERİ BAŞVURU FORMU			
KODU: BY.YD.12	YAYIN TARİHİ: 26.02.2021	REVİZYON NO:-	REVİZYON TARİHİ: -	SAYFA NO:

4. Özel Çınarlı Hastanesi tarafından başvurunuza verilecek yanıtın tarafınıza bildirilme yöntemini belirtiniz.

- Adresime gönderilmesini istiyorum.
- E-posta adresime gönderilmesini istiyorum.
- Elden teslim almak istiyorum.

Özel Çınarlı Hastanesi, talep ettiğiniz bilgilerin doğru olarak cevaplanabilmesi, kişisel verilerinizin hukuka aykırı olarak 3. kişilerle paylaşımının önüne geçilebilmesi ve kişisel verilerinizin güvenliğinin sağlanması amacıyla, talep ettiğini konuda aydınlatıcı ve/veya kimliğinizi tevsik edici ek bilgi ve belge talep etme hakkını her zaman saklı tutar.

Vekâleten teslim alınması durumunda noter tasdikli vekâletname olması gerekmektedir.

İşbu başvuru formunda Özel Çınarlı Hastanesi ile paylaştığım kişisel verilerin doğru ve güncel olduğunu, yetkisiz başvuru yapmadığımı, aksi halde söz konusu olabilecek her türlü hukuki ve/veya cezai sorumluluğun tarafıma ait olacağını bildiğimi kabul, beyan ve taahhüt ederim.

Kişisel Veri Sahibinin

Adı-Soyadı:

Tarih:

İmza: