

Veri Sorumlusuna Başvuru Formu	
<b>1. Başvuru Sahibi Bilgileri</b>	T.C. Kimlik No
	Adı Soyadı
	Dođum Tarihi
	Telefon No
	E-Mail Adresi
	Adresi
	Veri sahibiyim (Kendi verilerimi talep ediyorum)
	Veri sahibi yakınıyım. (Yakınıma ilişkin verileri talep ediyorum) Yakınlık derecenizi* belirtiniz: ..... * Yasal temsilci iseniz ilgili kararı ek olarak iletiniz.
	<b>Not:</b> Kişisel verilerinizin güvenliğini sağlamak amacıyla kimlik tespiti için ek evrak (Nüfus Cüzdanı vb.) talep edilebilir.

**Veri Sorumlusuna Başvuru Formu**

<b>2. Kurumla İlişki Bilgisi</b>	Lütfen aşağıdaki seçeneklerden kurumumuzla olan ilginize uygun olanı işaretleyiniz.
	Hasta/ Hasta Yakını
	Çalışan/ Eski Çalışan/ Aday
	Tedarikçi/ Firma Çalışanı
	<b>Hastalarımız İçin</b>
	En son hizmet alınan birim;
	Son başvuru tarihi;
	Durum;
	<b>Çalışanlarımız ve Tedarikçilerimiz İçin</b>
	Mevcut Çalışan Eski Çalışan Aday
Çalışma dönemi (Yıl); Adaylar İçin Başvuru Yılı;	
Çalıştığınız firma adı;	
Firmanızdaki pozisyonunuz;	

**Veri Sorumlusuna Başvuru Formu**

<b>3. Talebe İlişkin Bilgi</b>	<p>Lütfen talep ettiğiniz kişisel veriye ilişkin bir açıklama yapınız ve verinin konumuna dair sahip olduğunuz herhangi bir bilgi var ise paylaşınız (örneğin kurumumuz hizmet alınan hastaneyi, çalışıyorsanız departmanınızı, iletişimde bulunduğunuz kişileri uygun olduğu ölçüde açıklayınız).</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
	<p>Lütfen talebinize vereceğimiz yanıt için gönderim yöntemini seçiniz Adresime gönderim</p> <p>E-posta adresime gönderim</p> <p>Bizzat başvurarak elden istiyorum istiyorum teslim almak istiyorum</p>

**Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (KVKK) Uyarınca Bilgi Talep Formu**

<b>Talep Eden Tarafından Doldurulacak</b>	<b>Kurum Tarafından Doldurulacak</b>
Talep Tarihi :...../...../.....	Teslim Alma Tarihi : ...../...../.....
Talep Eden Adı Soyadı – İmza :	Teslim Alan Adı Soyadı – İmza:

**Açıklama:** Kişisel verilerinizle ilgili taleplerinizi bu formu doldurarak, veri sorumlusu sıfatı ile işlendiği ölçüde Kişisel Verileri Koruma Kanunu'nun 11.maddesi gereği "Özel Han Tıp Merkezi ve Sağlık Hizmetleri Limited Şirketi Mebusevleri Mahallesi Anıt Cad. No: 12 Çankaya/ Ankara" adresine elden teslim edebilir veya noter kanalıyla gönderebilirsiniz. Ayrıca başvuru formunu 5070 Sayılı Elektronik İmza Kanununda tanımlı olan "güvenli elektronik imza" ile imzalayarak hastanenin kayıtlı elektronik posta (KEP) adresine gönderebilirsiniz. Bu formda belirttiğiniz bilgi ve belgeler kurumumuz ile ilişkinizi doğru bir şekilde tespit etmek ve size kanuni süre içerisinde yanıt verebilmek için talep edilmektedir. **KVKK'nın öngördüğü ücret tarafınızdan talep edilecektir.**