

DR.DİDEM KURBAN TEDAVİ MERKEZİ
KİŞİSEL VERİ BİLGİ ALMA/İŞLEM TALEBİ
BAŞVURU FORMU

6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nda ("KVK Kanunu") ilgili kişi olarak tanımlanan kişisel veri sahiplerine ("Bundan sonra "Başvuru Sahibi" olarak anılacaktır), KVK Kanunu'nun 11'inci maddesinde kişisel verilerinin işlenmesine ilişkin birtakım taleplerde bulunma hakkı tanınmıştır.

KVK Kanunu'nun 13'üncü maddesinin birinci fıkrası uyarınca; veri sorumlusu olan Dr. Didem Kurban'a bu haklara ilişkin olarak yapılacak başvuruların yazılı olarak veya Kişisel Verilerin Korunması Kurulu ("Kurul") tarafından belirlenen diğer yöntemlerle tarafımıza iletilmesi gerekmektedir.

Bu çerçevede "yazılı" olarak Tedavi Merkezimize yapılacak başvurular, işbu formun çıktısı alınarak;

- Başvuru Sahibinin şahsen başvurusu ile,
- Noter vasıtasıyla,
- Başvuru Sahibince 5070 Sayılı Elektronik İmza Kanununda tanımlı olan "güvenli elektronik imza" ile imzalanarak Tedavi Merkezimiz kayıtlı elektronik posta adresine dkmuayenehane@gmail.com adresine gönderilmek suretiyle, tarafımıza iletilebilecektir.

Tarafımıza iletilmiş olan başvurularınız KVK Kanunu'nun 13'üncü maddesinin 2'inci fıkrası gereğince, talebin niteliğine göre talebinizin bizlere ulaştığı tarihten itibaren otuz gün içinde yanıtlandırılacaktır. Yanıtlarımız ilgili KVK Kanunu'nun 13'üncü maddesi hükmü gereğince yazılı veya elektronik ortamdan tarafınıza ulaştırılacaktır. 6698 Sayılı Kanunda belirtildiği üzere; Yanıt işlemi için ayrıca gerekli olan masrafların bulunması halinde bu masraflar tarafınızdan talep edilecektir.

A - Başvuru Sahibinin İletişim Bilgileri:

İsim:	
Soy isim:	
TC Kimlik Numarası:	
Telefon Numarası:	
E-Posta:	
Adres:	

D – Lütfen başvuruza vereceğimiz yanıtın tarafınıza bildirilme yöntemini seçiniz:

Adresime gönderilmesini istiyorum.

E-Posta adresime gönderilmesini istiyorum. *(E-posta ile verilen yanıtlar tarafınıza daha hızlı ulaşacaktır.)*

Elden teslim almak istiyorum. *(Vekâleten teslim alınması durumunda noter tasdikli vekâletname gerekmektedir.)*

İşbu başvuru formu, Tedavi Merkezimiz ile olan ilişkinizi tespit ederek, varsa, Tedavi Merkezimiz tarafından işlenen kişisel verilerinizi eksiksiz olarak belirleyerek, ilgili başvuruza 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 Tedavi Merkezimiz 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, Tedavi Merkezimiz söz konusu yanlış bilgi ya da yetkisiz başvuru kaynaklı taleplerden dolayı mesuliyet kabul etmemektedir.

Başvuru Sahibi (Kişisel Veri Sahibi)

Adı Soyadı _____ :

Başvuru Tarihi:

İmza _____ :