

6698 SAYILI KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU KAPSAMINDA VERİ SAHİPLERİNİN HAKLARINI KULLANMALARI İÇİN BAŞVURU FORMU

Lütfen Kişisel Verilerin Korunması (‘KVKK’) kapsamında yapacağınız talebinizin yerine getirilebilmesi için aşağıdaki formu açık ve tam bir şekilde doldurarak ıslak imzalı olarak **Dr.Gökçe DAĞLIÖZ KARABAY** adına **MANSUROĞLU MAH. 1593/1 SK. LİDER CENTRİO A BLOK D.60 BAYRAKLI/İZMİR** adresine posta yolu ile yahut Kayıtlı Elektronik Posta (KEP) Yoluyla ya da Sistemimizde Bulunan Elektronik Posta Adresiyle iletebilirsiniz.

Yaptığınız başvuruyu mümkün olan en kısa sürede ve en geç 30 gün içerisinde yanıtlayacağız. Tarafımıza sunduğunuz bilgi ve belgelerin eksik olması veyahut anlaşılamaz olması halinde başvurunuzu netleştirmek amacıyla sizlerle iletişime geçeceğiz.

1. Veri Sahibinin Kimlik ve İletişim Bilgileri				
Ad-Soyadı		:		
T.C. Kimlik /Pasaport/Kimlik Numarası		:		
Tebliğat Adresi		:		
Cep Telefonu		:		
Telefon Numarası		:		
Faks Numarası		:		
E-posta Adresi		:		
Kliniğimiz ile Olan İlişkiniz	:	Hasta:	Çalışan:	Diğer:
Cevabın Tarafınıza Bildirilme Yöntemi	:	Adresime Posta:	E- Posta:	Elden Teslim:

2. BAŞVURU YÖNTEMLERİ

BAŞVURU YOLU	BAŞVURU YAPILACAK ADRES	BAŞVURUDA GÖSTERİLECEK BİLGİ
1. Yazılı Olarak Islak imzalı şahsen başvuru veya Noter vasıtasıyla Başvuru	MANSUROĞLU MAH. 1593/1 SK. LİDER CENTRİO A BLOK D.60 BAYRAKLI/İZMİR	Başvurunun konu kısmına “Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Bilgi Talebi” yazılacaktır.

2. Kayıtlı Elektronik Posta (KEP) Yoluyla	E-postanın konu kısmına “Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Bilgi Talebi” yazılacaktır.
3. Sistemimizde Bulunan Elektronik Posta Adresi ile Başvuru	gokcekarabay@drgekcekarabay.com	E-postanın konu kısmına “Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Bilgi Talebi” yazılacaktır.

3. TALEP KONUSU (Lütfen talebinize uygun ifadenin yanındaki kutucuğu/kutucukları işaretleyiniz)

<input type="checkbox"/>	Kliniğiniz hakkımda kişisel veri işleyip işlemediğini öğrenmek istiyorum.
<input type="checkbox"/>	Eğer Kliniğiniz hakkımda kişisel veri işliyorsa bu veri işleme faaliyetleri hakkında bilgi talep ediyorum.
<input type="checkbox"/>	Eğer Kliniğiniz hakkımda kişisel veri işliyorsa bunların işlenme amacını ve bu amaca uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenmek istiyorum.
<input type="checkbox"/>	Eğer kişisel verilerim yurtiçinde veya yurtdışında üçüncü kişilere aktarılıyorsa , bu üçüncü kişileri bilmek istiyorum.
<input type="checkbox"/>	Kişisel verilerimin eksik ya da yanlış işlendiğini düşünüyorum ve bunların düzeltilmesini istiyorum.
<input type="checkbox"/>	Kişisel verilerimin kanun ve ilgili diğer kanun hükümlerine uygun olarak işlenmiş olmasına rağmen, işlenmesini gerektiren sebeplerin ortadan kalktığını düşünüyorum ve bu çerçevede kişisel verilerimin silinmesini veya yok edilmesini talep ediyorum.
<input type="checkbox"/>	Eksik veya yanlış işlendiğini düşündüğüm kişisel verilerimin aktarıldığı üçüncü kişiler nezdinde de düzeltilmesini istiyorum.
<input type="checkbox"/>	Kişisel verilerimin kanun ve ilgili diğer kanun hükümlerine uygun olarak işlenmiş olmasına rağmen, işlenmesini gerektiren sebeplerin ortadan kalktığını düşünüyorum ve bu çerçevede kişisel verilerimin üçüncü kişiler nezdinde de silinmesinin veya yok edilmesinin bildirilmesini talep ediyorum.
<input type="checkbox"/>	Kliniğiniz tarafından işlenen kişisel verilerimin münhasıran otomatik sistemler vasıtasıyla analiz edildiğini ve bu analiz neticesinde şahsım aleyhine bir sonuç doğduğunu düşünüyorum. Bu sonuca itiraz ediyorum.
<input type="checkbox"/>	Kişisel verilerimin Kanuna aykırı işlenmesi nedeniyle zarara uğradım. Bu zararın tazminini talep ediyorum.

4.TALEP KONUSU HAKKINDA DETAYLI AÇIKLAMA

(Kişisel verilere ilişkin talebinizi aşağıda “Talep Konusu” bölümünden yararlanarak detaylı olarak yazabilirsiniz. Varsa bilgi ve belgeleri Form’a ekleyiniz.)

Başvuruda bildirmiş olduğum bilgi ve belgelerin doğru olduğunu, Kliniğimizin başvurumu sonuçlandırabilmesi için ek bilgi ve belge talep edebileceğini, ayrıca bir maliyet gerektirmesi halinde Kişisel Verileri Koruma Kurulu tarafından belirlenen ücreti ödemem gerekebileceğini beyan ve taahhüt ederim.

Yukarıda belirttiğim talepler doğrultusunda, başvurumun değerlendirilerek tarafıma bilgi verilmesini rica ederim.

İşbu form 3 (üç) sayfadan oluşmaktadır ve tüm sayfalar eksiksiz olarak doldurulmalıdır.

Kişisel Veri Sahibi/ Başkası Adına Başvuruda Bulunan Kişi*

Adı Soyadı :
Başvuru Tarihi :
İmza :

**Kişisel veri sahibi 19 yaşından gün almamış ise ebeveynleri ya da velayet sahibi, vesayet altında ise vasisi, ilgili kişinin bu yönde açıkça vekalet vermiş olduğu kişiler bu durumu belgelemeleri halinde başvuru yapabilir.*