

.....

Başvuruda bildirmiş olduğum bilgi ve belgelerin doğru olduğunu, Şirketinizin 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.

***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.**

Başvuruda Bulunan İlgili Kişi

Adı Soyadı :

İmza :

Başvuru Yöntemi

BAŞVURU YOLU	BAŞVURU YAPILACAK ADRES	BAŞVURUDA GÖSTERİLECEK BİLGİ
1. Yazılı Olarak Islak imzalı şahsen başvuru veya Noter vasıtasıyla Başvuru	Kurtuluş Mah. Oğuzlar Cad. No:1 Kırıkhan/HATAY	Başvurunun konu kısmına "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Bilgi Talebi" yazılacaktır.
2. Kayıtlı Elektronik Posta (KEP) Yoluyla	bilimhastanesi@hs01.kep.tr	E-posta'nın konu kısmına "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Bilgi Talebi" yazılacaktır.
3. Sistemimizde Bulunan Elektronik Posta Adresi ile Başvuru	yönetim@bilimhastanesi.com.tr	E-posta'nın konu kısmına "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Bilgi Talebi" yazılacaktır.

Talep Konusu

tinizin hakkımda kişisel veri işleyip işlemediğini öğrenmek istiyorum.

- 2.** Eğer Bilim Hastanesi hakkımda kişisel veri işliyorsa bu veri işleme faaliyetleri hakkında bilgi talep ediyorum.
- 3.** Eğer Bilim Hastanesi hakkımda kişisel veri işliyorsa bunların işlenme amacını ve bu amaca uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenmek istiyorum.
- 4.** Eğer kişisel verilerim yurtiçinde veya yurtdışında üçüncü kişilere aktarılıyorsa ,bu üçüncü kişileri bilmek istiyorum.
- 5.** Kişisel verilerimin eksik yada yanlış işlendiğini düşünüyorum ve bunların düzeltilmesini istiyorum.
- 6.** 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.
- 7.** Eksik veya yanlış işlendiğini düşündüğüm kişisel verilerimin aktarıldığı üçüncü kişiler nezdinde de düzeltilmesini istiyorum.
- 8.** 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.
- 9.** Bilim Hastanesi tarafından işlenen kişisel verilerimin münhasıran otomatik sistemler vasıtasıyla analiz edildiğini ve bu analiz neticesinde Şahsım aleyhine bir sonuç doğduğunu düşünüyorum. Bu sonuca itiraz ediyorum.
- 10.** Kişisel verilerimin Kanuna aykırı işlenmesi nedeniyle zarara uğradım. Bu zararın tazminini talep ediyorum.

Doldurmuş olduğunuz bu başvuru formu Bilim Hastanesi ile olan ilişkinizi tespit ederek, varsa, hastanemiz tarafından işlenen kişisel verilerinizle ilgili olarak eksiksiz ve isabetli olarak ilgili başvurunuza doğru ve kanunun tanıdığı süre içerisinde cevap verilebilmesi için düzenlenmiştir. 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 Bilim Hastanesi, ek evrak ve malumat (Nüfus cüzdanı veya sürücü belgesi sureti gibi) talep etme hakkını saklı tutar. Form kapsamında iletmekte olduğunuz taleplerinize ilişkin bilgilerin doğru ve güncel olmaması ya da yetkisiz bir başvuru yapılması halinde, söz konusu yanlış bilgi ya da yetkisiz başvuru kaynaklı taleplerden veya belirttiğiniz adreslere cevaplarımızın gönderimi sırasında oluşabilecek aksaklıklardan dolayı Hastanemiz sorumluluk kabul etmemektedir.

Bilim Hastanesi tarafından doldurulacaktır.

Tarih: / /

Teslim Alanın Adı Soyadı:

İmza: