

VERİ SORUMLUSUNA BAŞVURU FORMU

1- Genel Bilgilendirme

6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ("KVKK") 11. maddesinde ilgili kişi olarak tanımlanan kişisel veri sahiplerine kişisel verilerinin işlenmesi ve muhafazasına ilişkin birtakım taleplerde bulunma hakkı tanımlanmıştır. Bu haklarınızın kullanılması KVKK 13. maddesinin 1. fıkrası gereğince ilgili talebinizin işbu form ile yazılı olarak veya Kurulun belirleyeceği diğer yöntemlerle Veri Sorumlusu olan Hastanemize iletilmesiyle mümkündür.

Kanunun 11. maddesinde belirtilen hususlarda başvuruda bulunabilirsiniz;

- a) Kişisel verilerinizin işlenip işlenmediğini öğrenme,
- b) Kişisel verilerinizin işlenmişse buna ilişkin bilgi talep etme,
- c) Kişisel verilerinizin işlenme amacını ve bunların amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenme,
- ç) Yurt içinde veya yurt dışında kişisel verilerinizin aktarıldığı üçüncü kişileri bilme,
- d) Kişisel verilerinizin eksik veya yanlış işlenmiş olması hâlinde bunların düzeltilmesini isteme,
- e) 7'nci maddede öngörülen şartlar çerçevesinde kişisel verilerinizin silinmesini veya yok edilmesini isteme,
- f) (d) ve (e) bentleri uyarınca yapılan işlemlerin, kişisel verilerinizin aktarıldığı üçüncü kişilere bildirilmesini isteme,
- g) İşlenen verilerinizin münhasıran otomatik sistemler vasıtasıyla analiz edilmesi suretiyle aleyhinize bir sonucun ortaya çıkmasına itiraz etme,
- ğ) Kişisel verilerinizin kanuna aykırı olarak işlenmesi sebebiyle zarara uğramanız hâlinde zararınızın giderilmesini talep etme olanaklarına sahipsiniz.

2- Başvuru Yöntemleri

	Başvuru Yöntemi	Başvuru Adresi	Başvuru Bilgisi
1	Size ait el yazısıyla atılmış, ıslak imzalı ve geçerli bir kimlik belgesi ile şahsen veya noter kanalı ile	Göztepe Mah. 2309. Sok. No:6, Bağcılar, İstanbul	Zarfın üzerine "KVKK Kapsamında Başvuru" yazılmalıdır.
2	Size ait Kayıtlı Elektronik Posta (KEP) adresi ile	medipol@hs01.kep.tr	E-posta'nın konu kısmına "KVKK Kapsamında Başvuru" yazılmalıdır
3	Size ait, Medipol'ün sisteminde kayıtlı bulunan e-posta adresi ile	kvkk@medipol.com.tr	
4	Güvenli elektronik imza veya mobil imza içerecek şekilde Medipol'ün sisteminde kayıtlı bulunmayan e-posta adresi ile	kvkk@medipol.com.tr	

3- Başvuran Veri Sahibinin Kişisel Bilgileri

Adı Soyadı :

T.C Kimlik No :

Yabancılar İçin

Uyruk- Pasaport No, Varsa Kimlik No :

Telefon No:

E-posta Adresi :

Adresi :

Hastanemizle İlişkiniz :

☐ Hasta

☐ İş Ortağı

☐ Hasta Yakını

☐ Ziyaretçi

☐ Çalışan

☐ Diğer

4- Talep Konusu

Kişisel verilerinize ilişkin talebinizi aşağıda açıkça yazmanızı rica ederiz. Konuya ilişkin bilgi ve belgeler başvuruya eklenmelidir.

Hastanemiz, başvurunuz ile ilgili, kimlik ve/veya yetki tespitine veya talebinize ilişkin ek evrak talep etme hakkını saklı tutar. Hastanemize iletmekte olduğunuz taleplerinize ilişkin bilgilerin doğru ve güncel olmaması ya da Hastanemize yetkisiz bir başvuru yapılması halinde Hastanemiz, söz konusu yanlış bilgi ya da yetkisiz başvuru kaynaklı taleplerden sorumluluk kabul etmemektedir.

Lütfen başvuruza vereceğimiz yanıtın tarafınıza bildirilme yöntemini seçiniz:

☐ Adresime gönderilmesini istiyorum.

☐ E-posta veya KEP adresime gönderilmesini istiyorum.

(E-posta yöntemini seçmeniz halinde, size daha hızlı yanıt verebileceğiz.)

☐ Elden teslim almak istiyorum.

(Vekâleten teslim alınması durumunda noter tasdikli vekâletname olması gerekmektedir.)

Yukarıda belirttiğim talepler doğrultusunda, Hastanenize yapmış olduğum başvurumun 6698 sayılı Kanun'un 13. maddesi uyarınca değerlendirilerek tarafıma bilgi verilmesini rica ederim. İşbu başvuruda tarafınıza sağlamış olduğum bilgi ve belgelerimin doğru ve güncel olduğunu, Hastanenizin başvurumu sonuçlandırabilmek adına ilave bilgi talep edebileceğini ve ayrıca bir maliyet gerektirmesi halinde Kurul tarafından belirlenen ücreti ödemem gerekebileceği hususunda aydınlatıldığımı beyan ve taahhüt ederim.

Başvuruda Bulunan İlgili Kişi (Veri Sahibi)

Adı Soyadı :

Başvuru Tarihi :

İmza :