

	KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU UYARINCA BAŞVURU FORMU	 T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI		
Döküman Kodu: HD.FR.09	Yayın Tarihi: 12.04.2018	Revizyon No: 00	Revizyon Tarihi: -	Sayfa No: 1 / 2

Başvuru Tarihi : / /

- ☐ Kendisine ait “Kişisel Verinin Talebi” (**A bölümü doldurulacaktır**)
- ☐ Başkasına ait “Kişisel Verinin Talebi” halinde (19 yaşından gün almamış ise ebeveynleri ya da velayet sahibi, vesayet altında ise vasisi, ilgili kişinin bu yönde açıkça vekalet vermiş olduğu kişiler) (**B bölümü doldurulacaktır**)

A. BAŞVURUDA BULUNAN KİŞİNİN İLETİŞİM BİLGİLERİ:

Adı Soyadı		İmza	
Doğum Tarihi	 / /	T.C. Kimlik No	
Telefon No			
E-posta Adresi			
Adres			

B. TALEBİ YAPILAN KİŞİSEL VERİNİN SAHİBİ:

Adı Soyadı		İmza	
Doğum Tarihi	 / /	T.C. Kimlik No	
Telefon No			
E-posta Adresi			
Adres			

C. LÜTFEN Op.Dr.Hülya KOÇ İLE OLAN İLİŞKİNİZİ BELİRTİNİZ.

(Hasta, eski çalışan, üçüncü taraf, Op.Dr.Hülya KOÇ’un hizmet sunan firma çalışanı gibi)

Op.Dr.Hülya KOÇ sağlık hizmeti alanlar dolduracaktır

- ☐ Ayakta Tedavi Oldum (Poliklinik, Acil Servis)
- ☐ Yatarak Tedavi Oldum
- ☐ Ameliyat Oldum
- ☐ Diğer:

Hizmet Alınan Sağlık Birimleri:

.....

.....

Op.Dr.Hülya KOÇ çalışanlar dolduracaktır.

- ☐ Mevcut Çalışanıyım
- ☐ Eski Çalışanıyım / Çalıştığım Yıllar :
- ☐ Diğer:

	KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU UYARINCA BAŞVURU FORMU	 T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI		
Döküman Kodu: HD.FR.09	Yayın Tarihi: 12.04.2018	Revizyon No: 00	Revizyon Tarihi: -	Sayfa No: 2 / 2

D. LÜTFEN KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU KAPSAMINDAKİ TALEBİNİZİ DETAYLI OLARAK BELİRTİNİZ:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

E. LÜTFEN BAŞVURUNUZA VERECEĞİMİZ YANITIN TARAFINIZA BİLDİRİLME YÖNTEMİNİ SEÇİNİZ:

- ☐ Adresime gönderilmesini istiyorum.
- ☐ E-posta adresime gönderilmesini istiyorum.
- ☐ Elden teslim almak istiyorum. (*Vekâleten talep edilmesi durumunda vekâletname veya yetkili kişinin yetkisini gösterir belgenin olması gerekmektedir.*)

F. AÇIKLAMA

Bu formu doldurarak,

- İmzalı bir örneğini: Tacettin Veli Mahallesi Tacettin Veli Bulvarı Üzüm Plaza 2.Kat Melikgazi/KAYSERİ adresine bizzat teslim edebilir, noter kanalıyla gönderebilir,

Doldurmuş olduğunuz bu başvuru formu, Op.Dr.Hülya KOÇ kliniği ile olan ilişkinizi tespit ederek, varsa, Op.Dr.Hülya KOÇ kliniği tarafından işlenen kişisel verilerinizle ilgili olarak eksiksiz ve isabetli olarak ilgili başvuruza doğru ve kanuni süresi 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 Op.Dr.Hülya KOÇ kliniği, 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 Op.Dr.Hülya KOÇ kliniği sorumluluk kabul etmemektedir.

Klinik tarafından doldurulacaktır.

Tarih	 / /
Teslim Alanın Adı Soyadı	
İmza	