İLGİLİ KİŞİ (KİŞİSELVERİ SAHİBİ) BAŞVURU FORMU

1.KİMLİK VE İLETİŞİM BİLG LERİ			
Ad-Soyadı			
TC Kimlik No *(Yabancılar için pasaport numarası)*			
Cep Telefonu		**Faks**	
E-Posta			
Adres			

2. MUAYENEHANEMİZ İLE İLİŞKİNİZ	
☐Hasta/Hasta Yakını ☐Çalışan ☐ Eski Çalışan	☐Çalışan Adayı ☐ Ziyaretçi ☐Diğer:

3.KONU

4.KANUN KAPSAMINDAKİ TALEBİNİZ (AYRINTILI OLARAK BELİRTİNİZ)

5.BAŞVURUNUZA VERİLECEK YANITIN TARAFINIZA BİLDİRİLME YÖNTEMİNİ BELİRTİNİZ
☐ Yukarıda belirtmiş olduğum adresime gönderilmesini istiyorum.
☐ Yukarıda belirtmiş olduğum e-posta adresine gönderilmesini istiyorum. *(E-posta yönteminin seçilmesi halinde daha hızlı yanıt verilebilecektir.)*
☐ Elden teslim almak istiyorum. *(Vekâleten teslim alınması durumunda noter tasdikli vekâletname veya yetki belgesi olması gerekmektedir.)*

6.AÇIKLAMALAR

İşbu başvuru formu, Şirketimiz ile olan ilişkinizin belirlenebilmesi ve Şirketimiz tarafından işlenen kişisel verilerinizin tam ve doğru olarak tespit edilerek talebinize en uygun yanıtın verilebilmesi amacıyla düzenlenmiştir. Başkalarına ait kişisel verilerin yetkisiz şekilde elde edilmesi suç teşkil edebileceğinden Şirketimiz kişisel veri güvenliğini teminen kimlik tespiti amacıyla tarafınızdan ilave bilgi ve belge (Nüfus cüzdanı vb.) talep etme hakkını saklı tutar. Form kapsamında iletilen bilgilerin doğru ve güncel olması gerekmekte olup yanlış ve/veya eksik bilgi verilmesinden ya da yetkisiz başvuruda bulunulmasından kaynaklanabilecek hatalardan dolayı Şirketimiz sorumluluk kabul etmemektedir.

Formda yer alan kişisel verileriniz 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun 5'inci maddesinde belirtilen "Kanunlarda açıkça öngörülmesi" hukuki sebebine dayanarak kısmen otomatik olan yollarla, ilgili Kanun kapsamındaki talep ve başvurularınızın değerlendirilebilmesi ve gerektiğinde bu kapsamda sizinle iletişim kurulabilmesi amacıyla işlenmektedir.

Başvuru formunun tebligat zarfına veya talebin yer aldığı e-postanın konu kısmına *"Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamında İlgili Kişi Talebi"* yazılması önerilmektedir.

7.BAŞVURU SAHİBİNİN BEYANI

Yukarıdaki talepler doğrultusunda, Denta Klinik Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği'ne yapmış olduğum başvurumun 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında değerlendirilerek tarafıma bilgi verilmesini rica ederim.

BAŞVURU SAHİBİ	
Ad-Soyadı	
Tarih	
İmza	