

6698 SAYILI KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU(KVKK) KİŞİSEL VERİLER ERİŞİM/BİLGİ TALEP FORMU

1. KİŞİSEL VERİ SAHİBİNİN KİMLİK VE İLETİŞİM BİLGİLERİ

Adı- Soyadı:	
T.C. Kimlik No:	
Telefon Numarası:	
Adres:	
E-posta Adres:	
Hastanemizle Olan İlişkiniz <i>Çalışan, çalışan adayı, eski çalışan, stajyer, üçüncü taraf firma çalışanı, Hasta, Hasta Yakınları iş ortağı gibi)</i>	

2. KİŞİSEL VERİ SAHİBİNİN KULLANACAĞI HAKKIN SEÇİMİNE İLİŞKİN BİLGİLER

	<i>(Lütfen talebinize uygun ifadenin yanındaki kutucuğu/kutucukları işaretleyiniz)</i> Hastane'nin hakkımda kişisel veri işleyip işlemediğini öğrenmek istiyorum.
	Eğer Hastane hakkımda kişisel veri işliyorsa bu veri işleme faaliyetleri hakkında bilgi talep ediyorum.
	Eğer Hastane hakkımda kişisel veri işliyorsa bunların işleme amacını ve işleme amacına uygun kullanılıp kullanmadığını öğrenmek istiyorum.
	Eğer kişisel verilerim yurtiçinde ve yurtdışında üçüncü kişilere aktarılıyorsa aktarım amacını ve aktarılan üçüncü kişileri bilmek istiyorum.
	Kişisel verilerimin eksik veya yanlış işlendiğini düşünüyorum ve bunların düzeltilmesini istiyorum.
	Kişisel verilerimin kanun ve ilgili diğer kanun hükümlerine uygun olarak işlenmiş olmasına rağmen, kişisel verilerimin silinmesini istiyorum.
	Eksik ve yanlış işlendiğini düşündüğüm kişisel verilerimin aktarıldığı üçüncü kişiler nezdinde de düzeltilmesini istiyorum.
	Silinmesini talep ettiğim kişisel verilerimin aktarılan üçüncü kişiler nezdinde de silinmesini istiyorum.
	Hastane tarafından işlenen kişisel verilerim münhasıran otomatik sistemler vasıtasıyla analiz edildiğini ve bu analiz neticesinde şahsım aleyhine bir sonuç doğduğunu düşünüyorum. Bu sonuca itiraz ediyorum.

3. TALEP HAKKINDA AÇIKLAMA (Lütfen KVK Kanunu kapsamındaki talebinizi ve talebinize konu olan kişisel verileri detaylı olarak belirtiniz.)

--

4. EKLER

Lütfen başvurunuza dayanak göstermek istediğiniz belge varsa belirtiniz.

.....
.....
.....

6698 SAYILI KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU(KVKK) KİŞİSEL VERİLER ERİŞİM/BİLGİ TALEP FORMU

5. LÜTFEN BAŞVURUNUZA VERECEĞİMİZ YANITIN TARAFINIZA BİLDİRİLME YÖNTEMİNİ SEÇİNİZ

- Adresime gönderilmesini istiyorum.
- E-posta adresime gönderilmesini istiyorum.
- Elden teslim almak istiyorum.

6. BAŞVURU SAHİBİNİN BEYANI

İşbu başvuru formu, Hastanemiz ile olan ilişkinizi tespit ederek ve varsa, Hastanemiz tarafından işlenen kişisel verilerinizi eksiksiz olarak belirleyerek ilgili başvurunuza doğru ve kanuni süresinde cevap verilebilmesi için tanzim edilmiştir. 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 Hastanemiz ek evrak ve malumat (Nüfus cüzdanı, sürücü belgesi sureti veya vekaletname örneği vb.) talep etme hakkını saklı tutar. Form kapsamında iletmekte olduğunuz taleplerinize ilişkin bilgilerin doğru ve güncel olmaması ya da yetkisiz bir başvuru yapılması halinde Hastanemiz, söz konusu yanlış bilgi ya da yetkisiz başvuru kaynaklı taleplerden dolayı mesuliyet kabul etmemektedir. Hukuka aykırı, yanıltıcı veya yanlış başvurulardan doğan tüm sorumluluk başvurucuya aittir.

Kişisel Veri Sahibi / Başkası Adına Başvuruda Bulunan Kişi

Adı Soyadı :

Başvuru Tarihi :

İmza :

Lütfen başkası adına başvuruda bulunmaktaysanız, başvuru yapmaya yetkili olduğunuzu gösteren belgeleri (*kişisel veri sahibinin kendisi velisi/ vasisi, kanuni olarak kişisel sağlık bilgilerini alamaya yetkili kılındığını belirten vekaletname sahibi kanuni temsilci olduğunu gösterir belge gibi*) başvurunun ekinde gönderiniz. Bu belgelerin geçerli olarak kabul edilmesi için yetkili makamlar tarafından düzenlenmiş veya onaylanmış olmaları aranmaktadır.