

DÖK. NO: KU.YD.20

YAYIN TARİHİ:02.01.2021

REVİZYON TARİHİ:

REVİZYON NO:00

SAYFA NO:

	T.C. Kimlik No			
	Ad Soyad			
	Doğum Tarihi			
	Cep Telefon No			
I.				
Başvuru Sahibi Bilgileri	Adres			
	<input type="checkbox"/> Veri sahibiyim (kendi verilerimi talep ediyorum)			
	<input type="checkbox"/> Veri sahibi yakınıyım			
	(Yakınım (1. Derece yakını / Yasal temsilcisi) ilişkin verileri talep ediyorum)			
	* Yasal temsilci iseniz ilgili karar ek olarak iletiniz.			
	Lütfen aşağıdaki seçeneklerden kurumumuzla olan ilginize uygun olanı işaretleyiniz.			
	<input type="checkbox"/> Hasta / Hasta Yakını <input type="checkbox"/> Çalışan / Eski Çalışan / Aday <input type="checkbox"/> Tedarikçi / Firma Çalışanı			
II.				
Kurumla İlişki Bilgisi	Hastalarımız için	Çalışanlarımız için		Tedarikçilerimiz için
	Durum;			
	En son hizmet alınan birim:	<input type="checkbox"/> Mevcut Çalışan <input type="checkbox"/> Eski Çalışan <input type="checkbox"/> Aday		Çalıştığınız firma adı:
	Son başvuru tarihi:			Firmanızdaki pozisyonunuz:
		Çalışma dönemi (yıl):		
		Adaylar için başvuru yılı:		
	Lütfen talep ettiğiniz kişisel veriye ilişkin bir açıklama yapınız ve verinin konumuna dair sahip olduğunuz herhangi bir bilgi var ise paylaşınız (örneğin kurumumuz hizmet alınan hastaneyi, çalışıyorsanız departmanınızı, iletişimde bulunduğunuz kişileri uygun olduğu ölçüde açıklayınız).			
III.				
Talebe İlişkin Bilgi				
	Lütfen talebinize vereceğimiz yanıt için gönderim yöntemini seçiniz.			
	<input type="checkbox"/> Adresime gönderim istiyorum	<input type="checkbox"/> E-posta adresime gönderim istiyorum	<input type="checkbox"/> Bizzat başvurarak elden teslim almak istiyorum	

Talep Tarihi:

Teslim alma Tarihi:

Talep eden Ad/Soyad- İmza

Teslim Alan Ad Soyad - İmza

Açıklama: Kişisel verilerinizle ilgili Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun (KVKK) 11. maddesinde sayılan haklarınız kapsamındaki taleplerinizi bu formu doldurarak, KVKK'nin 13.maddesi gereği Yenicami Mah.Nihat Aşkın Cad.No:7 SÖKE/AYDIN adresine elden teslim, noter kanalıyla veya daha önceden kurumumuzda kayıtlı olmak şartı ile e-postanız ile, e-imza veya mobil imza kullanarak iletebilirsiniz. Kişisel verilerinizin güvenliğini sağlamak amacıyla kimlik tespiti için ek evrak (Nüfus Cüzdanı vb.) talep edilebilir. Bu formda belirttiğiniz bilgi ve belgeler kurumumuz ile ilişkinizi doğru bir şekilde tespit etmek ve size kanuni süre içerisinde eksiksiz yanıt verebilmek için talep edilmektedir. İletmekte olduğunuz taleplerinize ilişkin bilgilerinizi 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 Özel Söke Egemed Hastanesi sorumluluk kabul etmemektedir.