



VERİ SAHİBİ BAŞVURU FORMU



Kodu HD.FR.12 Yayın Tarihi 16.12.2019 Rev. No Rev. Tar. Sayfa No 1/1

Başvuru Sahibi Bilgileri	T.C. Kimlik No		
	Ad Soyad		
	Doğum Tarihi		
	GSM No		
	İletişim Adresi		
	<input type="checkbox"/> Veri sahibiyim (kendi verilerimi talep ediyorum)		
<input type="checkbox"/> Veri sahibi yakınıyım (Yakınıma (1. Derece yakını / Yasal temsilcisi) ilişkin verileri talep ediyorum)			
<p>* Yasal temsilci iseniz ilgili kararı ek olarak iletiniz.</p>			
Kurumla İlişki Bilgisi	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		
	Hastalarımız için En son hizmet alınan birim; Son başvuru tarihi;	Çalışanlarımız için Durum; <input type="checkbox"/> Mevcut Çalışan <input type="checkbox"/> Eski Çalışan <input type="checkbox"/> Aday Çalışma dönemi (yıl); Adaylar için başvuru yılı:	Tedarikçilerimiz için Çalıştığınız firma adı; Firmanızdaki pozisyonunuz;
Talebe ilişkin Bilgi	Lütfen talep ettiğiniz kişisel veriye ilişkin bir açıklama yapınız ve verinin konumuna dair sahip olduğunuz herhangi bir bilgi var ise paylaşınız. (Örneğin kurumumuzdan alınan hizmeti, çalışıyorsanız departmanınızı, satın alma konusunda iletişimde bulunduğunuz kişileri uygun olduğu ölçüde açıklayınız).		
	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 Eden Tarafından Doldurulacak

Kurum Tarafından Doldurulacak

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'nun 13. maddesi gereği İzzettin Çalışlar Cad. Neyyire Neyir Sok. No:3 Bahçelievler/İstanbul adresine elden teslim edebilir, noter kanalıyla gönderebilir veya birtipozelsaglik@hs01.kep.tr adresine güvenli elektronik imza ile 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 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 Birtip Özel Sağlık Hizmetleri ve Ticaret A.Ş. (İstanbul Göz Hastanesi) sorumluluk kabul etmemektedir.