

KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU UYARINCA BAŞVURU FORMU

Başvuru Tarihi : / /

Kendisine ait "Kişisel Verinin Talebi"

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)

A. Başvuruda bulunan Kişinin iletişim bilgileri:

Adı Soyadı: İmza:.....

Doğum Tarihi:...../ / T.C. Kimlik No :

Telefon Numarası:

E-posta Adresi:

Adres:

B. Talebi yapılan Kişisel Verinin sahibi:

Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:...../ / T.C. Kimlik No :

Telefon Numarası :

E-posta Adresi:

Adres:

C. Lütfen Uzm.Dr.Ayşegül Güney Dermatoloji Kliniği ile olan ilişkinizi belirtiniz. ("Hasta, eski çalışan, üçüncü taraf, Uzm.Dr.Ayşegül Güney Dermatoloji Kliniği'ne hizmet sunan firma çalışanı gibi)

Uzm.Dr.Ayşegül Güney Dermatoloji Kliniği'nden sağlık hizmeti alanlar dolduracaktır

Ayakta Tedavi Oldum Yatarak Tedavi Oldum Ameliyat Oldum Diğer:

Hizmet Alınan Sağlık Birimleri:

.....

.....

Uzm.Dr.Ayşegül Güney Dermatoloji Kliniği ile çalışanları dolduracaktır.

Mevcut Çalışanıyım

Eski Çalışanıyım Çalıştığım Yıllar :

Diğer:

D.Lütfen Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamındaki talebinizi detaylı olarak belirtiniz:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

E. Lütfen başvurunuza vereceğimiz yanıtın tarafınıza bildirilme yöntemini seçiniz:

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. Açıklama

Bu formu doldurarak,

- İmzalı bir örneğini Güvnevler Mahallesi, 1919 Sokak, No: 3, Medikal Plaza, Kat: 2, 33140 Yenişehir/Mersin adresine bizzat teslim edebilir, noter kanalıyla gönderebilir,
- info@aysegulguney.com.tr adresine güvenli elektronik ya da mobil imzalı olarak, kayıtlı elektronik posta adresi veya sistemimizde kayıtlı olan elektronik posta adresiniz aracılığıyla iletebilirsiniz.

Doldurmuş olduğunuz bu başvuru formu, Uzm.Dr.Ayşegül Güney Dermatoloji Kliniği ile olan ilişkinizi tespit ederek, varsa, Uzm.Dr.Ayşegül Güney Dermatoloji Kliniği tarafından işlenen kişisel verilerinizle ilgili olarak eksiksiz ve isabetli olarak ilgili başvurunuza 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 Uzm.Dr.Ayşegül Güney Dermatoloji 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 Uzm.Dr.Ayşegül Güney Dermatoloji Kliniği sorumluluk kabul etmemektedir.

Uzm.Dr.Ayşegül Güney Dermatoloji Kliniği veya yetkili asistanı tarafından doldurulacaktır.

Tarih: / /

Teslim Alanın Adı Soyadı: İmza: