**KİŞİSEL VERİLERE ERİŞİM İÇİN BİLGİ TALEP FORMU**

**I. Veri Sahibinin Bilgileri**

T.C. Kimlik Numarası :........................................................

Adı Soyadı : ........................................................

Doğum Tarihi : ........................................................

**II. Veri Sahibinin İletişim Bilgileri**

Telefon Numarası : ........................................................

E-posta Adresi : ........................................................

Adres : ........................................................

**III. Başvuruyu Veri Sahibi Adına Yapan Yetkili Kişi (Başvuru yapan kişi, veri sahibinden farklı kişi ise doldurulacaktır.)**

T.C. Kimlik No : ........................................................

Adı Soyadı : ........................................................

Doğum Tarihi : ........................................................

Yakınlık Derecesi : ........................................................

(Yasal temsilci iseniz ilgili kararı ek olarak iletiniz. Kişisel verilerinizin güvenliği için Nüfus Cüzdanı talep edilebilir.)

Telefon Numarası : ........................................................

E-posta Adresi : ........................................................

Adres : ........................................................

IV. Kurum ile İlişki Bilgisi

Başvuru Yapılan Hastane Adı : ...........................................

**IV.Lütfen aşağıdaki seçeneklerden size uygun olanı işaretleyiniz.**

☐ Hasta/ Hasta Yakını ☐ Çalışan/Eski Çalışan/Aday ☐ Üçüncü Taraf/Tedarikçi/Firma Çalışanı

Hasta/Hasta Yakını tarafından doldurulacaktır.

☐ Ayakta Tedavi Oldum

☐ Yatarak Tedavi Oldum

☐ Ameliyat Oldum

☐ Diğer : .......................

Hizmet alınan sağlık bölüm/bölümleri; ...........................

Son Başvuru Tarihi; .............................

Çalışan/Eski Çalışan/Aday tarafından doldurulacaktır.

☐ Çalışan

☐ Eski Çalışan Çalışma Dönemi (ay/yıl) : .....................................

☐ İş Başvurusu / Özgeçmiş Paylaşımı yaptım. Başvuru Tarihi (ay/yıl) : .....................................

☐ Diğer : ........................

Üçüncü Taraf/Tedarikçi/Firma Çalışanı tarafından doldurulacaktır.

Çalıştığınız Firma Adı : .....................................

Unvan : .....................................

**V. Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamındaki talebinizi detaylı olarak belirtiniz.**

Lütfen talep edilen kişisel veriye ilişkin detaylı açıklama yapınız. (örneğin çalıştığınız bölüm, iletişimde olduğunuz bölüm/kişi/unvan bilgisi, aldığınız hizmet/bölüm bilgisi vb.)

………………………

………………………

………………………

………………………

**VI. Lütfen talebinize vereceğimiz yanıtın tarafınıza gönderim yöntemini seçiniz.**

☐ Adresime gönderilmesini istiyorum.

☐ E-posta adresime gönderilmesini istiyorum.

☐ Bizzat başvurarak elden teslim almak istiyorum.

**VII. BAŞVURU YÖNTEMİ -BAŞVURU YAPILACAK ADRES- BAŞVURUDA GÖSTERİLECEK BİLGİ**

**1. Yazılı Olarak Başvuru**

Islak imzalı şahsen başvuru veya Noter vasıtasıyla ; KAYI ÖZEL SAĞLIK HİZMETLERİ İNŞ. SAN. VE TİC. A.Ş. (ÖZEL OLDCITYDENT AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ-OLDCITYDENT) unvanlı şirketimizin Mustafa Kemalpaşa Mah. Yüceler Sokak No:9 Tepebaşı/ESKİŞEHİR adresine ; Zarfın/tebligatın üzerine “**Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamında Bilgi Talebi”** yazılacaktır.

**2. Kayıtlı Elektronik Posta (KEP) Yoluyla**

Kayıtlı elektronik posta (KEP) adresi ile kayiozelsaglik@hs01.kep.tr adresine ; E-posta’nın konu kısmına “Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Bilgi Talebi” yazılacaktır.

**3. Sistemimizde Bulunan Elektronik Posta Adresi ile Başvuru**

Şirketimizin sisteminde kayıtlı bulunan elektronik posta adresiniz kullanılmak suretiyle ; info@ocd.com.tr adresine ; E-posta’nın konu kısmına “Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Bilgi Talebi” yazılacaktır.

**4. Sistemimizde Bulunmayan Elektronik Posta Adresi ile Başvuru**

Mobil imza/e-imza içerecek biçimde Şirketimizin sisteminde bulunmayan elektronik posta adresinizi kullanmak suretiyle ; info@ocd.com.tr adresine; E-posta’nın konu kısmına “Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Bilgi Talebi” yazılacaktır.

**Açıklama**

Bu formu doldurarak, imzalı bir örneğin hizmet aldığınız kuruluşumuza bizzat teslim edebilir, noter kanalıyla gönderebilirsiniz. Bilgi talep formu, kuruluşumuzda işlenen kişisel verilerinize ilişkin eksiksiz ve isabetli olarak başvurunuza doğru, tam 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, ek evrak ve malumat (Nüfus cüzdanı veya sürücü belgesi sureti vb.) 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 kurumlarımız sorumluluk kabul etmemektedir.

**Talep Sahibi tarafından doldurulacaktır.**

Yukarıda belirttiğim talepler doğrultusunda, kurumunuza yapmış olduğum başvurumun Kanun’un 13. maddesi uyarınca değerlendirilerek tarafıma bilgi verilmesini rica ederim.

İşbu başvuruda tarafınıza sağlamış olduğum bilgi ve belgelerimin doğru ve güncel olduğunu, kurumunuzun başvurumu sonuçlandırabilmek adına ilave bilgi talep edebileceğini ve ayrıca bir maliyet gerektirmesi halinde Kişisel Verileri Koruma Kurulu tarafından belirlenen ücreti ödemem gerekebileceği hususunda aydınlatıldığımı beyan ve taahhüt ederim.

Talep Tarihi : ........... / ........... / ...........

Talep eden Ad/Soyad : ....................................

İmza : ............................

Kurum tarafından doldurulacaktır.

Teslim Alma Tarihi : ........... / ........... / ...........

Teslim Alan Ad/Soyad : ....................................

Teslim Alan Unvanı : ....................................

İmza : ............................