



MEDİPOL UNV-HST

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK UYGULAMA ARAŞTIRMA MERKEZİ
SEFAKÖY HASTANESİ

KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU (KVKK) BAŞVURU FORMU

6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ("KVKK") 11. maddesinde ilgili kişi olarak tanımlanan kişisel veri sahiplerine kişisel verilerinin işlenmesi ve muhafazasına ilişkin birtakım taleplerde bulunma hakkı tanımıştır. Bu haklarınızın kullanılması KVKK 13. maddesinin 1. fıkrası gereğince ilgili talebinizin yazılı olarak veya Kurulun belirleyeceği diğer yöntemlerle Veri Sorumlusu olan Hastanemize iletilmesiyle mümkündür. Bu çerçevede "yazılı" olarak Hastanemize yapılacak başvurular için bu formun çıktısını alıp kalemle doldurduktan sonra kimliğinizi tespit edici gerekli bilgiler ile birlikte;

- TEM Avrupa Otoyolu Göztepe Çıkışı No: 1 Bağcılar 34214 İSTANBUL adresine bizzat elden iletebilir veya noter kanalıyla gönderebilir,

Tarafımıza iletmış olduğunuz başvurular KVKK 13. maddesinin 2. fıkrası gereğince, talebin niteliğine göre talebinizin bizlere ulaştığı tarihten itibaren en geç 30 (otuz) gün içinde yanıtlanacaktır. İşlemin ayrıca bir maliyet gerektirmesi hâlinde, Hastanemiz tarafından belirlenen tarifedeki ücret alınacaktır. Yanıtlarımız KVKK 13. maddesi hükmü gereğince yazılı veya elektronik ortamda tarafınıza ulaştırılacaktır.

A. Başvuru Sahibi İletişim Bilgileri:

Adı	
Soyadı	
TC Kimlik Numarası	
Telefon Numarası	
E-posta (Belirtmeniz halinde size daha hızlı yanıt verebiliriz)	
Adres	

B. Lütfen Hastanemiz ile olan ilişkinizi belirtiniz (Hasta, Hasta Yakını, iş ortağı, çalışan adayı, eski çalışan, üçüncü taraf firma çalışanı gibi).

<input type="checkbox"/> Hasta	<input type="checkbox"/> İş Ortağı
<input type="checkbox"/> Çalışan	<input type="checkbox"/> Diğer
Hastane içerisinde ilgili olduğunuz birim:	
Konu:	
<input type="checkbox"/> Eski Çalışanım Çalıştığım Yıllar:	<input type="checkbox"/> İş Başvurusu / Özgeçmiş Paylaşımı Yaptım Tarih: / /
	<input type="checkbox"/> Diğer

C. Lütfen KVKK Kanunu kapsamındaki talebinizi detaylı olarak belirtiniz:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



MEDİPOL UNV-HST

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK UYGULAMA ARAŞTIRMA MERKEZİ
SEFAKÖY HASTANESİ

D. Lütfen başvuruza vereceğimiz yanıtın tarafınıza bildirilme yöntemini seçiniz:

- Adresime gönderilmesini istiyorum.
- E-posta adresime gönderilmesini istiyorum (*E-posta yöntemini seçmeniz hâlinde size daha hızlı yanıt verebiliriz.*)
- Elden teslim almak istiyorum (*Vekâleten teslim alınması durumunda noter tasdikli vekâletname veya yetki belgesi olması gerekmektedir.*)

İş bu başvuru formu, Hastanemiz ile olan ilişkinizi tespit ederek varsa Hastanemiz tarafından işlenen kişisel verilerinizi eksiksiz olarak belirleyerek, ilgili başvuruza 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 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 Hastanemiz söz konusu yanlış bilgi ya da yetkisiz başvuru kaynaklı taleplerden dolayı mesuliyet kabul etmemektedir.

Başvuru Sahibinin Adı Soyadı :
(*Kişisel Veri Sahibi*)

Başvuru Tarihi :

İmza :