

6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nda (KVK Kanunu) ilgili kişi olarak tanımlanan kişisel veri sahiplerine (Bundan sonra "Başvuru Sahibi" olarak anılacaktır), KVK Kanunu' nun 11. maddesinde kişisel verilerinin işlenmesine ilişkin birtakım taleplerde bulunma hakkı tanınmıştır.

KVK Kanunu'nun 13. maddesinin birinci fıkrası uyarınca; veri sorumlusu olan şirketimize bu haklara ilişkin olarak yapılacak başvuruların yazılı olarak veya Kişisel Verilerin Korunması Kurulu("Kurul") tarafından belirlenen diğer yöntemlerle tarafımıza iletilmesi gerekmektedir.

Bu çerçevede "yazılı" olarak şirketimize yapılacak başvurular, işbu form çıktısı alınarak;

* Başvuru sahibinin **Mudanya Yolu Küre Sok Fethiye Mahallesi Posta Kodu: 16140 Nilüfer/Bursa** adresine şahsen başvurusu ile,

*Noter vasıtasıyla,

* Başvuru sahibince 5070 Sayılı Elektronik İmza Kanununda tanımlı olan "güvenli elektronik imza ile imzalanarak Şirket kayıtlı elektronik posta adresine gönderilmek suretiyle,

*kvknilufer@medicabil.com adresine mail atarak tarafımıza iletilebilecektir.

Tarafımıza iletilmiş olan başvurularınız KVK Kanunu' nun 13. maddesinin 2'inci fıkrası gereğince, talebin niteliğine göre talebinizin bizlere ulaştığı tarihten itibaren 30 gün içinde yanıtlandırılacaktır. Yanıtlarımız ilgili KVK Kanunu' nun 13. maddesi hükmü gereğince yazılı veya elektronik ortamda tarafınıza ulaştırılacaktır.

A. BAŞVURUDA BULUNAN VERİ SAHİBİNİN İLETİŞİM BİLGİLERİ :

Adı Soyadı :
Doğum Tarihi ve T.C. Kimlik No :
Telefon Numarası :
E-posta Adresi :
Adres :

B. ŞİRKETİMİZLE İLİŞKİ BİLGİSİ: ("Hasta, çalışan aday, eski çalışan, üçüncü taraf firma çalışanı, hissedar" gibi)

Kurumda sağlık hizmeti alanlar dolduracaktır

<input type="checkbox"/> Ayakta Tedavi Oldum	<input type="checkbox"/> Ameliyat Oldum
<input type="checkbox"/> Yatarak Tedavi Oldum	<input type="checkbox"/> Diğer:.....
Hizmet Alınan Sağlık Birimleri:	

Kurumda çalışanlar dolduracaktır

<input type="checkbox"/> Mevcut Çalışanıyım	<input type="checkbox"/> İş Başvurusu / Özgeçmiş Paylaşımı Yaptım
<input type="checkbox"/> Eski Çalışanıyım	Tarih:.....
Çalıştığım Dönem (Yıl):.....	<input type="checkbox"/> Üçüncü Taraf Firma Çalışanıyım
<input type="checkbox"/> Diğer:	Lütfen çalıştığınız firma ve pozisyon bilgisini belirtiniz.

C.LÜTFEN KVK KANUNU KAPSAMINDAKİ TALEBİNİZİ DETAYLI OLARAK BELİRTİNİZ:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

D.LÜTFEN BAŞVURUNUZA VERECEĞİMİZ YANITIN TARAFINIZA BİLDİRİLME YÖNTEMİNİ SEÇİNİZ:

- Adresime gönderilmesini istiyorum.
 E-posta adresime gönderilmesini istiyorum.
 Elden teslim almak istiyorum.

(Vekaleten teslim alınması durumunda noter tasdikli vekaletname/ yetkili kişinin yetkisini gösterir belge gerekmektedir.)

Bu başvuru formu, kurum ile olan ilişkinizi tespit ederek, varsa, kurum tarafından işlenen kişisel verilerinizi eksiksiz olarak belirleyerek 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 kurum, 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 kurum sorumluluk kabul etmemektedir.

Başvuru Sahibi Tarafından Doldurulacak	Kurum Tarafından Doldurulacak
Başvuru Tarihi:...../...../.....	Teslim Alma Tarihi:...../...../.....
Başvuru Sahibi Ad Soyad-İmza:	Teslim Alan Ad Soyad-İmza:

Başvuruya Cevap Veren Tarafından Doldurulacak
Talebe Cevap Verme Tarihi:...../...../.....
Talebe Cevap Veren Ad soyad-İmza:



GİZLİLİK BİLDİRİMİ

Bu doküman Medika-Bil Özel Sağlık Hiz.Tur.Yat.Gıda İnş.San.ve Tic.Ltd.Şti.'ne aittir. Gizli, ya da açıklanması kısıtlanmış bilgileri içeriyor olabilir. Yetkili bir alıcı değilseniz, lütfen bu belgeyi yetkili sahibine iade edin. Medika-Bil Özel Sağlık Hiz.Tur.Yat.Gıda İnş.San.ve Tic.Ltd.Şti.'nin önceden yazılı izni olmaksızın, bu belgenin tamamen veya kısmen, izin verilen alıcı dışındaki bir kişi tarafından yayılması, dağıtımı, kopyalanması veya kullanılması kesinlikle yasaktır.