

KİŞİSEL VERİ SAHİBİ BAŞVURU FORMU

İşbu Kişisel Veri Sahibi Başvuru Formu (Form), veri sahiplerinin 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanununda belirtilen haklarını kullanmak için yapacakları başvurularda kullanılması amacıyla oluşturulmuştur. Bu kapsamda, kendinizle ilgili;

- Kişisel veri işlenip işlenmediğini öğrenme,
- Kişisel verileri işlenmişse buna ilişkin bilgi talep etme,
- Kişisel verilerin işlenme amacını ve bunların amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenme,
- Yurt içinde veya yurt dışında kişisel verilerin aktarıldığı üçüncü kişileri bilme,
- Kişisel verilerin eksik veya yanlış işlenmiş olması hâlinde bunların düzeltilmesini isteme,
- Kişisel verilerin işlenmesini gerektiren sebeplerin ortadan kalkması halinde kişisel verilerinizin silinmesini veya yok edilmesini isteme,
- (e) ve (f) bentleri uyarınca yapılan işlemlerin, kişisel verilerinizin aktarıldığı üçüncü kişilere bildirilmesini isteme, haklarına sahiptir. Şirketimiz tarafından işlenen kişisel verilerin doğru ve güncel olması önemlidir. Bu nedenle kişisel verilerinizde bir değişiklik meydana geldiğinde lütfen bize bildirin. Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında aşağıda yer alan bilgileri ve talebinizi belirtiniz.

BAŞVURU SAHİBİNE İLİŞKİN BİLGİLER	
Adı Soyadı :	
T.C. Kimlik Numarası :	
Telefon Numarası :	
E-posta :	
Şirketimizle Aranızdaki İlişki :	Müşteri <input type="checkbox"/> İş Ortağı <input type="checkbox"/> Ziyaretçi <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
Adres :	

BAŞVURU SAHİBİ TALEP DETAYI

Talebinizin değerlendirilmesi kapsamında ek bilgiye ihtiyaç duyulması halinde sizinle iletişim kurabilecektir. Başvurunuz ücretsiz olarak sonuçlandırılacak olup, ayrıca bir maliyet gerektirmesi durumunda ilgili mevzuat kapsamında belirlenen tutarlarda ücret talep edilebilecektir. Bu formun eksiksiz olarak doldurulmasının ardından imzalanarak;

- Mimaroba Mah. Çarmıklı Cad. No: 7/1 Büyükçekmece / İSTANBUL adresine şahsen veya noter kanalıyla,
- Şirketimiz kayıtlı elektronik posta adresine (medicell@hso1.kep.tr) güvenli elektronik imza ile,
- Tarafınızca Şirketimize daha önce bildirilen ve sisteminde kayıtlı bulunan E-posta ile kvkk@medicell.com.tr adresine iletebilirsiniz.

BEYAN
İşbu başvuru formunda belirttiğim talepler doğrultusunda, Şirketinize yapmış olduğum başvurumun Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun 13. maddesi uyarınca değerlendirilerek tarafıma yukarıda belirttiğim elektronik posta adresi aracılığı ile bilgi verilmesini talep ederim.
Adı Soyadı: _____
Tarih : ____/____/____
İmza: <input type="text"/>