

VERİ SAHİBİ BAŞVURU FORMU

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (KVKK)

Veri sorumlusu: Huriye Aras International Dental Clinic Özel Sağlık Hiz. ve Tic. Ltd. Şti.

Adres: Müskebi Mh. Kapuz Cd. No: 21/3-1, Bodrum/Muğla

E-posta: info@huriyearas.com | drhuriyearas@gmail.com

Telefon: +90 252 358 51 51 | +90 535 020 27 77

İmzalı başvurunuzu yukarıdaki adrese elden veya posta yoluyla iletebilirsiniz. E-posta ile başvuru için kliniğe daha önce bildirdiğiniz ve sisteminde kayıtlı e-posta adresinizi kullanınız. Konuya “KVKK Başvurusu” yazınız. Mevzuatta öngörülen diğer başvuru yöntemleri saklıdır.

Başvuru kendi kişisel verilerinize ilişkin olmalıdır. Yasal veya yetkili temsilci, temsil yetkisini gösteren belgeyle başvurabilir. Kimliği doğrulamak için ölçülü ek bilgi talep edilebilir.

1 BAŞVURU SAHİBİNE İLİŞKİN BİLGİLER

Adı soyadı:

T.C. kimlik numarası (T.C. vatandaşları için):

Yabancılar için uyruğu / pasaport veya varsa kimlik numarası:

Tebliğata esas yerleşim yeri veya iş yeri adresi:

Telefon / varsa faks numarası:

Varsa e-posta adresi:

Klinik ile ilişkiniz (işaretleyiniz):

☐ Hasta / müşteri ☐ Ziyaretçi ☐ Çalışan ☐ Çalışan aday

☐ Tedarikçi ☐ Müşteri/tedarikçi çalışanı ☐ Diğer:

Klinik ile ilişkiniz sona erdi mi? ☐ Evet ☐ Hayır Varsa tarih:

VERİ SAHİBİ BAŞVURU FORMU

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (KVKK)

2 BAŞVURU SAHİBİNİN TALEPLERİ

KVKK m.11 kapsamındaki talebinizi, ilgili veri veya kayıtları ve yapılmasını istediğiniz işlemi açıklayınız. Gerekirse ek sayfa kullanınız.

Başvurunuzda dayanak belgeler / ekler:

3 BAŞVURU SAHİBİNİN BEYANI

Yukarıda belirttiğim talepler doğrultusunda başvurumun değerlendirilerek tarafıma bilgi verilmesini rica ederim. Sunduğum bilgi ve belgelerin doğru, güncel ve şahsıma veya hukuken temsil ettiğim kişiye ait olduğunu beyan ederim.

Bu formdaki bilgiler; kimlik ve temsil yetkisinin doğrulanması, başvurunun değerlendirilmesi ve cevaplandırılması, yanıtın ulaştırılması ve ilgili hukuki yükümlülüklerin yerine getirilmesi amacıyla işlenir.

Yanıtın iletilmesini istediğiniz yöntem (birini işaretleyiniz):

- ☐ Bu formda belirttiğim adresime posta ile gönderilsin.
- ☐ Bu formda belirttiğim e-posta adresime gönderilsin.
- ☐ Elden teslim almak istiyorum. Temsilci teslim alacaksa yetki belgesi sunmalıdır.

Başvuran / temsilci adı soyadı ve varsa temsil sıfatı:

Başvuru tarihi:

İmza (yazılı başvurularda):

Başvurular en kısa sürede ve en geç 30 gün içinde sonuçlandırılır. İlave maliyet doğarsa yalnızca ilgili Tebliğ kapsamında ücret talep edilebilir. Bu formun kullanımı zorunlu değildir; usulüne uygun diğer başvurular da kabul edilir.

DATA SUBJECT REQUEST FORM

Law No. 6698 on the Protection of Personal Data (KVKK)

Data controller: Huriye Aras International Dental Clinic Özel Sağlık Hiz. ve Tic. Ltd. Şti.

Address: Müskebi Mh. Kapuz Cd. No: 21/3-1, Bodrum/Muğla

Email: info@huriyearas.com | drhuriyearas@gmail.com

Telephone: +90 252 358 51 51 | +90 535 020 27 77

Submit your signed request in person or by post to the address above. Email requests must be sent from an address previously notified to the clinic and recorded in its system. Write “KVKK Request” in the subject line. Other methods permitted by applicable legislation remain available.

Requests concern your own personal data. A legal or authorised representative may apply with proof of authority. Additional proportionate information may be requested to verify identity.

1 APPLICANT INFORMATION

Full name:

Turkish identity number (Turkish citizens):

For foreign nationals: nationality / passport or identity number:

Residential or business address for service:

Telephone / fax (if any):

Email address (if any):

Relationship with clinic (select):

☐ Patient / customer ☐ Visitor ☐ Employee ☐ Job applicant

☐ Supplier ☐ Customer/supplier employee ☐ Other:

Has your relationship ended? ☐ Yes ☐ No Date (if applicable):

DATA SUBJECT REQUEST FORM

Law No. 6698 on the Protection of Personal Data (KVKK)

2 APPLICANT REQUESTS

Describe your request under Article 11 of the KVKK, the data or records concerned and the requested action. Attach additional pages if needed.

Supporting documents / attachments:

3 APPLICANT DECLARATION

I request that my application be assessed and that I be informed of the outcome. I declare that the information and documents supplied are accurate, current and relate to me or the person I lawfully represent.

Information in this form is processed to verify identity and authority, assess and respond to the request, deliver the response and fulfil related legal obligations.

Preferred response method (select one):

- ☐ Post to the address stated in this form.
- ☐ Email to the address stated in this form.
- ☐ Collection in person. A representative must provide proof of authority.

Applicant / representative full name and capacity:

Date:

Signature (for written requests):

Requests are resolved as soon as possible and within 30 days. A fee may apply only as permitted by the relevant Communiqué if additional costs arise. This form is not mandatory; other duly submitted requests are accepted.