

Başvuru Yöntemi	Başvurunun Yapılacağı Adres	Başvuru Gönderiminde Belirtilecek Bilgi
<u>Şahsen başvuru (Başvuru sahibinin bizzat gelerek kimliğini tevsik edici belge ile başvurusu)</u>	Çukurambar, 1071 Plaza, Kızılırmak Mah, 1443. Cd. B Blok Kat :26 No: 171 Çankaya/Ankara	Zarfin üzerine “ <u>Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamında Bilgi Talebi</u> ” yazılacaktır.
<u>Noter vasıtasıyla tebligat</u>	Çukurambar, 1071 Plaza, Kızılırmak Mah, 1443. Cd. B Blok 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu’nda (“KVK Kanunu”) için kişi olarak tanımlanan kişilerin (Bundan sonra “Başvuru Sahibi” olarak anılacaktır), KVK Kanunu’un 11. maddesinde kişisel verilerinin işlenmesine ilişkin birtakım taleplerde bulunma hakkı tanınmıştır.	Tebliğat zarfına “ <u>Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamında Bilgi Talebi</u> ” yazılacaktır.

KVK Kanunu’nun **PROF. DR. AYŞE BANU ÇAYCI SIVRI MÜHÜRLENMİŞ** ile ilişkin olarak yapılacak başvuruların yazılı olarak **KVK BAŞVURU FORMU** Kurul” tarafından belirlenen diğer yöntemlerle tarafımıza iletilmesi gerekmektedir.

Bu çerçevede “yazılı” olarak tarafımıza yapılacak başvurular, iş bu formun çıktısı alınarak;

- Başvuru Sahibi’nin şahsen başvurusu ile,
- Noter vasıtasıyla,
- Başvuru Sahibi’nce 5070 Sayılı Elektronik İmza Kanununda tanımlı olan “güvenli elektronik imza” ile imzalanarak Şirket kayıtlı elektronik posta adresine gönderilmek suretiyle iletebilir. Aşağıda yazılı başvuruların ne şekilde tarafımıza ulaştırılacağına ilişkin yazılı başvuru kanalları özelinde bilgiler verilmektedir.

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

İsim:	
Soy İsim:	
TC Kimlik Numarası:	
Telefon Numarası:	
E-Posta Adres:	
A. Başvuru Sahibi iletişim bilgileri:	
<input type="checkbox"/> Hasta	<input type="checkbox"/> <u>Personel</u>
<input type="checkbox"/> Tedarikçi	<input type="checkbox"/> <u>Diğer:</u>
Kurumumuz içerisinde iletişimde olduğunuz Birim:	
Konu:	

**PROF. DR. AYÇE BANU ÇAYCI SİVRİ MUAYENEHANESİ
KVKK BAŞVURU FORMU**

B. Lütfen tarafımızla ile olan ilişkinizi belirtiniz.

PROF. DR. AYŞE BANU ÇAYCI SİVRİ MUAYENEHANESİ
KVKK BAŞVURU FORMU

C. Lütfen KVKK Kanunu kapsamındaki talebinizi detaylı olarak belirtiniz:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

D. Lütfen başvurunuza vereceğimiz yanıtın tarafınıza bildirilme yöntemini seçiniz:

- Adresime gönderilmesini istiyorum. (Bu durumda adres bilginizi yazmanız gerekmektedir.)
- Elden teslim almak istiyorum.

(Vekâleten teslim alınması durumunda noter tasdikli vekâletname veya yetki belgesi olması gerekmektedir.)

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

Başvuru Sahibi (Kişisel Veri Sahibi) Adı :
Soyadı :
Adresi :
Başvuru Tarihi :
İmza :