

	ÖZEL MARMARA SAĞLIK HİZMETLERİ ANONİM ŞİRKETİ VERİ SAHİBİ BAŞVURU FORMU			
DOKÜMAN KODU: KU.FR.03	YAYIN TARİHİ:01.12.2019	REVİZE NO:00	REVİZE TARİHİ:00	SAYFA NO: 1 / 3

1. Başvuru Yöntemi

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu’nun (“**Kanun**”) 11. Maddesinde sayılan haklarınız kapsamındaki taleplerinizi, Kanun’un 13. maddesi ile Veri Sorumlusuna Başvuru Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ’in 5. maddesi gereğince, işbu form ile aşağıda açıklanan yöntemlerden biriyle başvurunuzu Şirketimize iletebilirsiniz.

	BAŞVURU YÖNTEMİ	BAŞVURU YAPILACAK ADRES	BAŞVURUDA GÖSTERİLECEK BİLGİ
1. Yazılı Olarak Başvuru	Islak imzalı şahsen başvuru veya Noter vasıtasıyla	Güney Mah. Albay Sok. No:7/1 Körfez/KOCAELİ	Zarfın/tebligatın üzerine “Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamında Bilgi Talebi” yazılacaktır.
2. Kayıtlı Elektronik Posta (KEP) Yoluyla	Kayıtlı elektronik posta (KEP) adresi ile		E-posta’nın konu kısmına “Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Bilgi Talebi” yazılacaktır.
3. Sistemimizde Bulunan Elektronik Posta Adresi ile Başvuru	Şirketimizin sisteminde kayıtlı bulunan elektronik posta adresiniz kullanılmak suretiyle		E-posta’nın konu kısmına “Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Bilgi Talebi” yazılacaktır.
4. Sistemimizde Bulunmayan Elektronik Posta Adresi ile Başvuru	Mobil imza/e-imza içerecek biçimde Şirketimizin sisteminde bulunmayan elektronik posta adresinizi kullanmak suretiyle		E-posta’nın konu kısmına “Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Bilgi Talebi” yazılacaktır.

Tarafımıza iletilmiş olan başvurularınız Kanun’un 13’üncü maddesinin 2’inci fıkrası gereğince, talebin niteliğine göre talebinizin bizlere ulaştığı tarihten itibaren talebin niteliğine göre en kısa sürede ve en geç otuz gün içinde yanıtlandırılacaktır. Yanıtlarımız ilgili Kanun’un 13’üncü maddesi hükmü gereğince yazılı veya elektronik ortamdan tarafınıza ulaştırılacaktır.

	ÖZEL MARMARA SAĞLIK HİZMETLERİ ANONİM ŞİRKETİ VERİ SAHİBİ BAŞVURU FORMU			
DOKÜMAN KODU: KU.FR.03	YAYIN TARİHİ:01.12.2019	REVİZE NO:00	REVİZE TARİHİ:00	SAYFA NO: 2 / 3

2. Kimlik ve İletişim Bilgileriniz

Lütfen sizinle iletişime geçebilmemiz ve kimliğinizi doğrulayabilmemiz adına aşağıdaki alanları doldurunuz.

Adı - Soyadı:	
T.C. Kimlik No:	
Telefon Numarası:	
Adres:	
E-posta Adres:	
Şirketimizle Olan İlişkiniz	(Müşteri, iş ortağı, çalışan adayı, eski çalışan, üçüncü taraf firma çalışanı, hissedar gibi)

3. KİŞİSEL VERİ SAHİBİNİN KULLANACAĞI HAKKIN SEÇİMİNE İLİŞKİN BİLGİLER

(6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ilgili maddesi gereği sahip olduğunuz haklar aşağıda sıralanmıştır. Lütfen talebinize uygun ifadenin yanındaki kutucuğu/kutucukları işaretleyiniz)

☐	Şirketinizin hakkımda kişisel veri işleyip işlemediğini öğrenmek istiyorum.
☐	Şirketiniz hakkımda kişisel veri işliyorsa bu veri işleme faaliyetleri hakkında bilgi talep ediyorum.
☐	Şirketiniz hakkımda kişisel veri işliyorsa bunların işlenme amacını ve işlenme amacına uygun kullanılıp kullanmadığını öğrenmek istiyorum.
☐	Kişisel verilerim yurtiçinde veya yurtdışında üçüncü kişilere aktarılıyorsa bu üçüncü kişileri bilmek istiyorum.
☐	Kişisel verilerimin eksik veya yanlış işlendiği düşünüyorum ve bunların düzeltilmesini istiyorum.
☐	Kişisel verilerimin kanun ve ilgili diğer kanun hükümlerine uygun olarak işlenmiş olmasına rağmen, kişisel verilerimin silinmesini istiyorum.
☐	Eksik ve yanlış işlendiğini düşündüğüm kişisel verilerimin aktarıldığı üçüncü kişiler nezdinde de düzeltilmesini istiyorum.
☐	Silinmesini talep ettiğim kişisel verilerimin aktarılan üçüncü kişiler nezdinde de silinmesini istiyorum.
☐	Şirketiniz tarafından işlenen kişisel verilerim münhasıran otomatik sistemler vasıtasıyla analiz edildiğini ve bu analiz neticesinde şahsım aleyhine bir sonuç doğduğunu düşünüyorum. Bu sonuca itiraz ediyorum.

4. Lütfen Kanun kapsamındaki talebinizi detaylı olarak belirtiniz:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

	ÖZEL MARMARA SAĞLIK HİZMETLERİ ANONİM ŞİRKETİ VERİ SAHİBİ BAŞVURU FORMU			
DOKÜMAN KODU: KU.FR.03	YAYIN TARİHİ:01.12.2019	REVİZE NO:00	REVİZE TARİHİ:00	SAYFA NO: 3 / 3

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

5. 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 verebileceğiz.)

☐ Elden teslim almak istiyorum.

(Vekâleten teslim alınması durumunda noter tasdikli vekâletname(Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik'in 10.maddesi gereği özel yetki içermesi gerekir.) veya yetki belgesi olması gerekmektedir.)

İşbu başvuru formu, Şirketimiz ile olan ilişkinizi tespit ederek, varsa, Şirketimiz 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 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 :

Başvuru Tarihi :

İmza :