

KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU UYARINCA BAŞVURU FORMU**A. Başvuruda bulunan veri sahibinin iletişim bilgileri:**

Adı Soyadı :

Doğum Tarihi ve T.C. Kimlik No : / /

Telefon Numarası :

E-posta Adresi :

Adres :

B. Başvuruyu veri sahibi adına yapan yetkili kişinin iletişim bilgileri:

(Bu bölüm eğer veri sahibi kişi ile başvuru yapan kişi farklı ise doldurulacaktır)

Adı Soyadı :

Doğum Tarihi ve T.C. Kimlik No : / /

Telefon Numarası :

E-posta Adresi :

Adres :

C. Lütfen MedAmerikan Tıp Merkezi ile olan ilişkinizi belirtiniz.

(“Hasta, eski çalışan, üçüncü taraf, firma çalışanı” gibi)

MedAmerikan Tıp Merkezi’nden 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:	
.....	

MedAmerikan Tıp Merkezi’nde çalışanlar dolduracaktır

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

D. Lütfen Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamındaki talebinizi detaylı olarak belirtiniz:

E. Lütfen başvurunuza vereceğimiz yanıtın tarafınıza bildirilme yöntemini seçiniz:

- Adresime gönderilmesini istiyorum.
- E-posta adresime gönderilmesini istiyorum.
- Elden teslim almak istiyorum.
(Vekâleten temsil alınması durumunda vekâletname veya yetkili kişinin yetkisini gösterir belgenin olması gerekmektedir.)

F. Açıklama

Bu formu doldurarak, imzalı bir örneğini Bağdat Caddesi No: 130 Feneryolu, Posta kodu: 34724 Kadıköy, İstanbul, Türkiye adresine bizzat teslim edebilir, noter kanalıyla gönderebilir veya **momentegitimarastirma@hs02.kep.tr** adresine güvenli elektronik imzalı olarak iletebilirsiniz. Doldurmuş olduğunuz bu başvuru formu, MedAmerikan Tıp Merkezi ile olan ilişkinizi tespit ederek, varsa, MedAmerikan Tıp Merkezi tarafından işlenen kişisel verilerinizle ilgili olarak eksiksiz ve isabetli olarak 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 MedAmerikan Tıp Merkezi, 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 MedAmerikan Tıp Merkezi sorumluluk kabul etmemektedir.

Başvuru Tarihi : / /**Başvuranın Adı Soyadı :****İmzası :***Hastane tarafından doldurulacaktır***Tarih :** / /**Teslim Alanın Adı Soyadı :****İmzası :**

