

**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"/> Yatarak Tedavi Oldum	<input type="checkbox"/> Ameliyat Oldum <input type="checkbox"/> Diğer: .....
Hizmet Alınan Sağlık Birimleri: .....	
.....	

**MedAmerikan Tıp Merkezi’nde çalışanlar dolduracaktır**

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

Form no: 1000.037 Rev. no: 00

**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 :** .....

**APPLICATION FORM IN ACCORDANCE WITH THE PROTECTION OF PERSONAL DATA LAW**

**E. Contact details of the applicant data owner:**

**Name Surname** : .....

**Date of Birth and TR ID No** : ..... / ..... / ..... .....

**Phone Number** : .....

**E-mail Address** : .....

**Address** : .....

**F. Contact information of the authorized person applying on behalf of the data owner:**  
*(This section will be filled if the data owner is different from the applicant)*

**Name Surname** : .....

**Date of Birth and TR ID No** : ..... / ..... / ..... .....

**Phone Number** : .....

**E-mail Address** : .....

**Address** : .....

**G. Please state your relationship with Medamerican Medical Center.**  
*(Such as "patient, former employee, third party, firm employee")*

**To be filled by those receiving health services from Medamerican Medical Center**

<input type="checkbox"/> Ambulatory Treatment <input type="checkbox"/> In-Patient Treatment	<input type="checkbox"/> Operation <input type="checkbox"/> Other: .....
Units Provided Health Services: ..... .....	

**To be filled by the employees of Medamerican Medical Center**

<input type="checkbox"/> Currently Employed <input type="checkbox"/> Former Employee Years of employment: .....  <input type="checkbox"/> Other: ..... .....	<input type="checkbox"/> I made Job Application / I shared my CV <i>Date: .....</i> <input type="checkbox"/> I'm a Third Party Employee <i>Please state the company and position information</i> .....
--	--

Form no: 1000.037 Rev. no: 00

**H. Please provide details of your application about your demands under the Protection of Personal Data Law:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**E. Please select the method by which you will be notified to your application:**

- I want it to be sent to my address.
- I want it to be sent to my e-mail address.
- I want it to be delivered by hand.

*(In case of representation via proxy, it is necessary to have a power of attorney or a certificate indicating the authority of authorized person.)*

**F. Statement**

Please kindly be informed that you can fill in this form and send via notary or personally submit a signed copy to the address Bağdat Street No: 130 Feneryolu, Zip Code: 34724 Kadiköy, İstanbul, Turkey or send it to **momentegitimarastirma@hs02.kep.tr** via e-mail with your secured electronic signature. This application form is prepared to provide an accurate and complete response to your request relating to your personal data, if any, processed by Medamerican Medical Center within the legal timeframe by identifying your relationship with the Medamerican Medical Center. Medamerican Medical Center reserves the right to request additional documents and information (identification card or driver's license, etc.) for identification and authorization purposes, in order to eliminate legal risks that may arise from unlawful and unfair data sharing and in particular to ensure the safety of your personal data. In the event that the information you are submitting under this form are not up-to-date or correct or the application is unauthorized, Medamerican Medical Center does not accept responsibility for claims arising out of or in connection with such incorrect or unauthorized information and also for the inconvenience which may occur in the process of responding to the addresses declared by you.



**Application date:** ..... / ..... / .....

**Name and Surname of the Applicant:** .....

**Signature:** .....

*To be filled by the hospital*

**Date:** ..... / ..... / .....

**Name Surname of the Recipient:** .....

**Signature:** .....