KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU UYARINCA BAŞVURU FORMU

Başvuru Tarihi: ..... / ..... / .....

Bu form, 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun 13. maddesi kapsamında oluşturulmakla Veri Sorumlusu VME TIP MERKEZİ LTD. ŞTİ.'ye ("VME Tıp" olarak anılacaktır) başvuru hakkının kullanılması amacıyla doldurulmaktadır. İşbu formda yer alan kişisel verileriniz, ilgili Kanun'un Madde 5/2-ç ("veri sorumlusunun hukuki yükümlülüğünü yerine getirebilmesi için zorunlu olması") bağlamında işlenecek olup, aynı Kanun kapsamında korunacaktır.

Lütfen seçiniz:

( ) Kendinize ait kişisel veriye ilişkin başvuru

( ) Başkasına ait kişisel veriye ilişkin başvuru (19 yaşından gün almamış kişilerin ebeveynleri ya da velayet sahibi, vesayet altında ise vasisi veya ilgili kişinin bu yönde açıkça özel vekalet vermiş olduğu kişiler)

A. Başvuruda Bulunan Kişinin Bilgileri:

Adı Soyadı: .....

T.C. Kimlik No: .....

Telefon Numarası: .....

E-posta Adresi: .....

Adres: .....

.....

B. Talep Konusu Kişisel Veri Sahibinin Bilgileri:

Adı Soyadı: .....

T.C. Kimlik No: .....

Telefon

Numarası: .....

E-posta

Adresi: .....

Adres: .....

.....

C. Lütfen VME Tıp ile olan ilişkinizi belirtiniz

("Hasta, mevcut çalışan, eski çalışan, VME Tıp'e hizmet sunan firma çalışanı vb.)

……

Sağlık hizmeti aldıysanız;

Ayakta Tedavi Oldum ( ) Yatarak Tedavi Oldum ( ) Ameliyat Oldum ( )

Diğer: ……

Hizmet Alınan Sağlık Birimleri ve Yapılan İşlemler:

……..……..……..…….....

.....

Başvuru Sahibinin İmzası:

Şirketimiz bünyesinde çalışan iseniz;

☐ Mevcut Çalışanım

☐ Eski Çalışanım-Çalıştığım Dönem ve Pozisyon: .....

☐ Diğer: .....

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

.....

.....

……..

.....

.....

..... *(Talebinize konu işlemin ayrıca bir maliyeti gerektirmesi hâlinde, Kanun'un 13/2 maddesi gereğince Kurulca belirlenen tarifedeki ücret talep edilebilir.)*

E. Lütfen başvurunuza verilecek yanıtın tarafınıza bildirilme yöntemini seçiniz:

- Adresime gönderilmesini istiyorum
- E-posta adresime gönderilmesini istiyorum:
- Elden teslim almak istiyorum

*Vekâleten talep edilmesi durumunda özel nitelikli kişisel veriler dahil olacak şekilde, vekil edenin kişisel verilerine ilişkin vermiş olduğu **özel vekâletname** veya yetkili kişinin özel yetkisini gösterir belgenin olması gerekmektedir.*

F. Bu formu doldurarak,

- İmzalı bir örneğini

MADENLER MAH. ARAFAT CAD. NO:1 ESENŞEHİR, ÜMRANİYE / İSTANBUL adresine bizzat teslim edebilir veya noter aracılığıyla gönderebilir,

- **vmetip@hs01.kep.tr** adresine güvenli elektronik ya da mobil imzalı olarak, kayıtlı elektronik posta adresi veya sistemimizde kayıtlı olan elektronik posta adresiniz aracılığıyla (teyit üzerine) iletebilirsiniz.

Doldurmuş olduğunuz bu başvuru formu, VME Tıp ile olan ilişkinizi tespit ederek varsa, VME Tıp tarafından işlenen kişisel verilerinizle ilgili doğru ve kanuni süresi içerisinde yanıt verilebilmesi için düzenlenmiştir. Hukuka aykırı ve haksız bir şekilde veri paylaşımından kaynaklanabilecek risklerin

bertaraf edilmesi ve özellikle kişisel verilerinizin güvenliğinin sağlanması amacıyla, kimlik ve yetki tespiti için VME Tıp, ek evrak ve bilgi (kimlik kartı, pasaport, vekaletname, sureti gibi) talep etme hakkını saklı tutar.

Form kapsamında iletmekte olduğunuz bilgilerin doğru ve güncel olmaması ya da yetkisiz bir başvuru yapılması halinde, söz konusu yanlış bilgi ya da yetkisiz başvuru kaynaklı taleplerden veya cevaplarımızın belirttiğiniz adreslere gönderimi esnasında oluşabilecek aksaklıklardan dolayı, VME Tıp sorumluluk kabul etmemektedir.

Başvuru Sahibinin İmzası:

Elden teslim edilmesi halinde teslim alan personel tarafından doldurulacaktır:

Teslim Alanın Adı Soyadı: .....

Teslim Alanın İmzası: