

KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU UYARINCA BAŞVURU FORMU

BAŞVURU TARİHİ/...../.....

Kendisine ait "Kişisel Verinin Talebi

Başkasına ait "Kişisel Verinin Talebi" halinde (19 yaşından gün almamış ise ebeveynleri ya da velayet sahibi, vesayet altında ise vasisi, ilgili kişinin bu yönde açıkça vekalet vermiş olduğu kişiler)

A. Başvuruda bulunan Kişinin İletişim Bilgileri:

Adı Soyadı		İmza	
Doğum Tarihi		T.C. Kimlik Numarası	
Telefon Numarası		E-Posta Adresi	
Adres			

B. Talebi yapılan Kişisel Verinin Sahibi

Adı Soyadı		İmza	
Doğum Tarihi		T.C. Kimlik Numarası	
Telefon Numarası		E-Posta Adresi	
Adres			

C. Lütfen DOÇ. DR. ÖZGÜR ERDOĞAN ile olan ilişkinizi belirtiniz. ("Hasta, eski çalışan, üçüncü taraf, DOÇ. DR. ÖZGÜR ERDOĞAN Muayenesi 'ne hizmet sunan firma çalışanı gibi) DOÇ. DR. ÖZGÜR ERDOĞAN Muayenesinde sağlık hizmeti alanlar dolduracaktır.

Ayakta Tedavi Oldum Yatarak Tedavi Oldum Ameliyat Oldum Diğer:.....

Hizmet Alınan Sağlık Birimleri:

DOÇ. DR. ÖZGÜR ERDOĞAN Muayenesinde çalışanlar dolduracaktır.

Mevcut Çalışanıyım Eski Çalışanıyım Çalıştığım Yıllar:

Diğer:.....

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 talep edilmesi durumunda vekâletname veya yetkili kişinin yetkisini gösterir belgenin olması gerekmektedir.)

F. Açıklama

Bu formu doldurarak,

Küçükbakkalköy Mh. Işıklar Cd. No:37 Qbmed 3. Kat Ataşehir Florance Nightingale Acil Girişi Yanı Ataşehir/İstanbul adresine bizzat teslim edebilir, noter kanalıyla gönderebilir, kvkk@docdrozgurerdogan.com adresine güvenli elektronik ya da mobil imzalı olarak, kayıtlı elektronik posta adresi veya sistemimizde kayıtlı olan elektronik posta adresiniz aracılığıyla iletebilirsiniz.

Doldurmuş olduğunuz bu başvuru formu, DOÇ. DR. ÖZGÜR ERDOĞAN ile olan ilişkinizi tespit ederek, varsa, DOÇ. DR. ÖZGÜR ERDOĞAN 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 DOÇ. DR. ÖZGÜR ERDOĞAN, ek evrak ve malumat (Nüfus cüzdanı veya sürücü belgesi sureti gibi) 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 DOÇ. DR. ÖZGÜR ERDOĞAN Hayatlar sorumluluk kabul etmemektedir.

DOÇ. DR. ÖZGÜR ERDOĞAN Muayenesi tarafından doldurulacaktır.

TARİH/...../.....

TESLİM ALANIN ADI SOYADI

İMZA