

KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU UYARINCA BAŞVURU FORMU

Başvuru Tarihi: / /

Bu form, 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun 13. maddesi kapsamında oluşturulmakla Veri Sorumlusu **AYC SAĞLIK HİZMETLERİ LTD.ŞTİ** 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 (18 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:

Yabancılar için Pasaport No/Uyruk:

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:

Başvuru Sahibinin İmzası:

c. Lütfen AYC SAĞLIK HİZMETLERİ LTD.ŞTİ ile olan ilişkinizi belirtiniz

("Hasta, Potansiyel Hasta, Hasta Yakını, Mevcut Çalışan, Eski Çalışan, Çalışan Adayı, tedarikçi, ziyaretçi vb.)

Muayenehanemiz 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 tarifiedeki 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,

- **Aziziye Mah. Cinnah Caddesi No:112/3 Çankaya/ANKARA** bizzat teslim edebilir veya Noter kanalıyla iletebilir.
- **info@dentaliu.com.tr** adresine ilgili kişi tarafından veri sorumlusuna daha önce bildirilen ve veri sorumlusunun sisteminde kayıtlı bulunan elektronik posta adresini kullanmak suretiyle iletebilirsiniz.

Doldurmuş olduğunuz bu başvuru formu, **AYC SAĞLIK HİZMETLERİ LTD.ŞTİ** ile olan ilişkinizi tespit ederek varsa, **AYC SAĞLIK HİZMETLERİ LTD.ŞTİ** 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 **AYC SAĞLIK HİZMETLERİ LTD.ŞTİ**, 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, **AYC SAĞLIK HİZMETLERİ LTD.ŞTİ** sorumluluk kabul etmemektedir.

Başvuru Sahibinin İmzası:

Elden teslim edilmesi halinde teslim alan çalışan tarafından doldurulacaktır:

Teslim Alanın Adı Soyadı:

Teslim Alanın İmzası: