

VERİ TALEBİ BAŞVURU SAHİBİ BİLGİLERİ	TC KİMLİK NO	
	ADI SOYADI	
	DOĞUM TARİHİ	
	TELEFON NO	
	ADRES	
	<input type="checkbox"/> Kişisel veri sahibiyim, şahsıma ilişkin verilerimi talep ediyorum. <input type="checkbox"/> Kişisel veri sahibi yakınıyım, yakınıma ilişkin verilerimi talep ediyorum. Yakınlık derecesi* belirtiniz: * Yasal temsilciyseniz ilgili kararı ek olarak ibraz etmeniz gerekmektedir. (19 yaşından gün almamış ise ebeveynleri veya velayet sahibi, vesayet altında ise vasisi, ilgili kişinin bu yönde açıkça vekalet verdiği kişiler.) Kişisel verilerinizin güvenliğini sağlamak amacıyla kimlik tespiti için Nüfus Cüzdanı vb. talep edebilir.	
KURUM, KURULUŞ İLİŞKİ BİLGİSİ	Lütfen aşağıdaki seçeneklerden kurumumuzla olan ilginize uygun olan seçeneği işaretleyiniz <input type="checkbox"/> Hasta / Hasta Yakını <input type="checkbox"/> Çalışan / Eski Çalışan <input type="checkbox"/> Çalışmaya Aday <input type="checkbox"/> Tedarikçi Firma/Firma Çalışmanı	
	Hastalarımız İçin: Çalışanlarımız İçin: Tedarikçiler İçin: En Son Hizmet Alınan <input type="checkbox"/> Mevcut Çalışan <input type="checkbox"/> Eski Çalışan Çalıştığınız Firma: Bölüm: <input type="checkbox"/> Aday Çalışma Dönemi(Yıl): Firmadaki Pozisyonunuz: En Son Başvuru Tarihi: Adaylar İçin Başvuru Yılı:	
	Lütfen talep ettiğiniz kişisel veriye/verilere ilişkin ayrıntılı bir açıklama yapınız ve verinin konumuna dair sahip olduğunuz herhangi bir bilgi var ise paylaşınız (Örnek: Çalışıyorsanız departmanınızı, iletişimde bulunduğunuz kişileri uygun olduğu ölçüde açıklayınız).	
	Lütfen talebinize vereceğimiz yanıt için gönderim yöntemini seçiniz <input type="checkbox"/> Adresime gönderim istiyorum <input type="checkbox"/> E-posta adresime gönderim istiyorum <input type="checkbox"/> Bizzat başvurarak elden teslim almak istiyorum	
Veri Talep Eden Tarafından Doldurulacak Talep Tarihi: Talep Eden Ad Soyad - İmza:	Kurum Tarafından Doldurulacak Teslim Alma Tarihi: Teslim Alan Ad Soyad - İmza	

NOT: Doldurmuş olduğunuz bu talep formu kişisel verilerinizle ilgili taleplerinizi veri sorumlusu sıfatı ile işlendiği ölçüde Kişisel Verileri Koruma Kanunu (KVKK)'nın 11.Maddesi hükmü gereği **Atakent Mahallesi, 2015. Cd. No:8, 27580 Şehitkamil/Gaziantep** adresine elden teslim edebilir veya noter kanalıyla gönderebilir veya kurumumuza gönderebilirsiniz. Bu formda istenen bilgi ve belgeler kurumumuz ile ilişkinizi doğru bir şekilde tespit etmek ve size kanuni süre içerisinde eksiksiz yanıt verebilmek için talep edilmektedir. Verilen bilgilerin yanlış olması veya yetkisiz başvurularda bulunulmasından kurumumuz sorumlu değildir.