

## KİŞİSEL VERİLERİ KORUMA KANUNU (KVKK) UYARINCA BİLGİ TALEP FORMU

<b>I. BAŞVURU SAHİBİ BİLGİLERİ</b>	T.C. Kimlik No		
	Ad Soyad		
	Doğum Tarihi		
	Telefon No		
	Adres (Gönderim Yapılacak)		
	<input type="checkbox"/> Veri sahibiyim (kendi verilerimi talep ediyorum)		
<input type="checkbox"/> Hukuki olarak reşit olmayan çocuklar ve başkasına ait kişisel verinin talebi(19 yaşından gün almamış ise ebeveynleri yada velayet sahibi, vesayet altında ise vasisi, ilgili kişinin bu yönde açıkca vekalet vermiş olduğu kişiler.)			
<input type="checkbox"/> Veri sahibi temsilcisiyim			
* Yasal temsilci iseniz ilgili kararı bu forma ek olarak iletiniz. * Kişisel verilerinizin güvenliğini sağlamak amacıyla kimlik tespitiniz için imza beyannamesi ya da temsilcinin yetkilendirildiğine dair noter tasdikli vekaletname talep edilir.			
<b>II. KURUMLA İLİŞKİ BİLGİSİ</b>	Lütfen aşağıdaki seçeneklerden kurumumuzla olan ilginize uygun olanı işaretleyiniz.		
	<input type="checkbox"/> Hasta/ Hasta Yakını	<input type="checkbox"/> Çalışan/ Eski Çalışan/ Aday	<input type="checkbox"/> Tedarikçi/ Firma Çalışanı
	<b>Hastalarımız için</b> En son hizmet alınan birim; Son başvuru tarihi;	<b>Çalışanlarımız için</b> Durum; <input type="checkbox"/> Mevcut Çalışan <input type="checkbox"/> Eski Çalışan <input type="checkbox"/> Aday Çalışma dönemi (yıl); Adaylar için başvuru yılı;	<b>Tedarikçilerimiz için</b> Çalıştığınız firma adı; Firmanızdaki pozisyonunuz;
<b>III. TALEBE İLİŞKİN BİLGİ</b>	Talep edilen, sağlık dökümanları.		
	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 E-posta :		

<b>Talep Eden Tarafından Doldurulacak</b>	<b>Kurum Tarafından Doldurulacak</b>
Talep Eden Ad Soyad – İmza :	Teslim Alan Ad Soyad – İmza: