

<b>I. Başvuru Sahibi Bilgileri</b>	T.C. Kimlik No		
	Ad Soyad		
	Doğum Tarihi		
	Cep Telefon No		
	Adres		
	<input type="checkbox"/> Veri sahibiyim (kendi verilerimi talep ediyorum)		
	<input type="checkbox"/> Veri sahibi yakınımım (Yakınıma (1. Derece yakını / Yasal temsilcisi) ilişkin verileri talep ediyorum) <small>* Yasal temsilci iseniz ilgili kararı ek olarak iletiniz.</small>		
<b>II. Kurumla İlişki Bilgisi</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 İlişkin Bilgi</b>	Lütfen talep ettiğiniz kişisel veriye veya KVKK Kanunu uyarınca kullanabileceğiniz haklardan hangisini kullanmak istediğinize ilişkin bir açıklama yapınız ve verinin konumuna dair sahip olduğunuz herhangi bir bilgi var ise paylaşınız (örneğin 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		

## Talep Eden Tarafından Doldurulacak

## Kurum Tarafından Doldurulacak

Talep Tarihi:	Teslim Alma Tarihi:
Talep Eden Ad Soyad - İmza	Teslim Alan Ad Soyad - İmza

**Açıklama:** Kişisel verilerinizle ilgili Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun (KVKK) 11. maddesinde sayılan haklarınız kapsamındaki taleplerinizi bu formu doldurarak, KVKK'nun 13. maddesi gereği Kızılırmak Mah. 1443 Cad. No:25, A Blok, Kat: 11 İç Kapı No: 85, 06510 Çankaya/ANKARA adresine elden teslim edebilir veya noter kanalıyla gönderebilirsiniz. Kişisel verilerinizin güvenliğini sağlamak amacıyla kimlik tespiti için ek evrak (Nüfus Cüzdanı vb.) talep edilebilir. Bu formda belirttiğiniz bilgi ve belgeler kurumumuz ile ilişkinizi doğru bir şekilde tespit etmek ve size kanuni süre içerisinde eksiksiz yanıt verebilmek için talep edilmektedir. İletmekte olduğunuz taleplerinize ilişkin bilgileriniz 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 Kliniğimiz sorumluluk kabul etmemektedir.