

KİŞİSEL VERİ SAHİBİ BAŞVURU FORMU

Siz veri sahipleri tarafından 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun ("KVKK") 11. ve 13'üncü maddeleri uyarınca yapılacak başvuruları ivedilikle, etkin ve kapsamlı bir şekilde değerlendirebilmek ve çözümleyebilmek adına, işbu Başvuru Formu, veri sorumlusu sıfatıyla **Op.Dr Tülin KAHVECİ** ("Op.Dr Tülin KAHVECİ" ya da "Muayenehane") tarafından hazırlanmıştır.

Bu kapsamda, kendinizle ilgili;

- Kişisel veri işlenip işlenmediğini öğrenme,
- Kişisel verileri işlenmişse buna ilişkin bilgi talep etme,
- Kişisel verilerin işlenme amacını ve bunların amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenme,
- Yurt içinde veya yurt dışında kişisel verilerin aktarıldığı üçüncü kişileri bilme,
- Kişisel verilerin eksik veya yanlış işlenmiş olması hâlinde bunların düzeltilmesini isteme,
- Kişisel verilerin işlenmesini gerektiren sebeplerin ortadan kalkması halinde kişisel verilerinizin silinmesini veya yok edilmesini isteme, g) (e) ve (f) bentleri uyarınca yapılan işlemlerin, kişisel verilerinizin aktarıldığı üçüncü kişilere bildirilmesini isteme, haklarına sahiptir.

Kişisel verilerinizde bir değişiklik meydana geldiğinde lütfen bildiriniz. Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında aşağıda yer alan bilgileri ve talebinizi belirtiniz.

Adı Soyadı :	
T.C. Kimlik Numarası :	
Telefon Numarası :	
E-posta :	
Kurumumuzla Aranızdaki İlişki :	
Son Başvuru/ Muayene Tarihi:	

****Kişisel veri sahipleri adına üçüncü kişiler tarafından talepte bulunulması mümkün değildir. Kişisel veri sahibinin kendisi dışında bir kişinin talepte bulunması için konuya ilişkin olarak kişisel veri sahibi tarafından başvuruda bulunacak kişi adına düzenlenmiş özel vekâletnamenin ıslak imzalı ve noter onaylı bir kopyası bulunmalıdır. Kişisel veri sahibi olarak sahip olduğunuz ve yukarıda belirtilen haklarınızı kullanmak için yapacağınız ve kullanmayı talep ettiğiniz hakka ilişkin açıklamalarınızı içeren başvuruda; talep ettiğiniz hususun açık ve anlaşılır olması, talep ettiğiniz konunun şahsınız ile ilgili olması veya başkası adına hareket ediyor iseniz bu konuda özel olarak yetkili olmanız ve yetkinizi belgelendirilmesi, başvurunun kimlik ve adres bilgilerini içermesi ve başvuruya kimliğinizi tevsik edici belgelerin eklenmesi gerekmektedir.*

TALEBE İLİŞKİN BİLGİ

--

****Yapacağınız başvurular mümkün olan en kısa zaman diliminde ve en çok 30 gün içerisinde sonuçlandırılacaktır. Söz konusu başvurular ücretsizdir. Ancak, işlemin ayrıca bir maliyeti gerektirmesi hâlinde, KVK Kurulu'nca belirlenen tarifedeki ücret alınabilir.*

**** Talebinizin değerlendirilmesi kapsamında ek bilgiye ihtiyaç duyulması halinde sizinle iletişim kurabilecektir.*

1-Formu doldurup ıslak imzalı olarak imzalandıktan Plevne mh, Savaştepe Cd. 15/6, 10100 Altıeylül/Balıkesir adresine şahsen iletilmesi (kimliğinizin ibraz edilmesi gerekeceğini hatırlatmak isteriz).
2-Formu doldurup ıslak imzalı olarak imzalandıktan sonra Plevne mh, Savaştepe Cd. 15/6, 10100 Altıeylül/Balıkesir adresine noter vasıtası ile gönderilmesi.
3-Formu doldurulup 5070 Sayılı Elektronik İmza Kanunu kapsamındaki "güvenli elektronik imza"nızla imzalandıktan sonra güvenli elektronik imzalı formun drtulinkahveci@gmail.com adresine kayıtlı elektronik posta ile gönderilmesi.
4-Muayenehaneye daha önce bildirilen ve sistemimizde kayıtlı bulunan e-posta adresinizi kullanmak suretiyle yazılı olarak iletilmesi

İşbu başvuru formunda belirttiğim talepler doğrultusunda, Şirketinize yapmış olduğum başvurumun Kişisel Verilerin Koruması Kanunu'nun 13. maddesi uyarınca değerlendirilerek tarafıma yukarıda belirttiğim elektronik posta adresi aracılığı ile bilgi verilmesini talep ederim.

Adı Soyadı:

Tarih : ____ / ____ / ____

İmza :