

KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU UYARINCA BAŞVURU FORMU
(KVKK m. 13 ve Veri Sorumlusuna Başvuru Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ
uyarınca)

Veri Sorumlusu: UNIVERSAY SAĞLIK GRUBU (“Bundan böyle “HASTANE” olarak anılacaktır.)

Başvuru Tarihi:/...../20....

1. BAŞVURUDA BULUNAN KİŞİNİN İLETİŞİM BİLGİLERİ:

Adı Soyadı: _____

İmza: _____

Doğum Tarihi: ____/____/____

T.C. Kimlik No: _____

Telefon Numarası: _____

E-posta Adresi: _____

Adres:

2. LÜTFEN HASTANE İLE OLAN İLİŞKİNİZİ BELİRTİNİZ.

a) HASTANE’den sağlık hizmeti alanlar dolduracaktır.

☐ Yatarak Tedavi

☐ Ayakta Tedavi

☐ Operasyon

☐ Diğer:

Hizmet Alınan Sağlık Birimlerini Belirtiniz:

b) HASTANE’de çalışanlar dolduracaktır.

☐ Mevcut Çalışan

☐ Eski Çalışanın Çalıştığı Yıllar: _____

☐ Diğer:

3. LÜTFEN 6698 SAYILI KANUN KAPSAMINDAKİ TALEBİNİZİ DETAYLI OLARAK BELİRTİNİZ:

4. BAŞVURUNUZA TARAFIMIZCA VERİLECEK OLAN YANITIN TARAFINIZA BİLDİRİLME YÖNTEMİNİ SEÇİNİZ:

☐ Adresime gönderilmesini istiyorum.

☐ E-posta adresime gönderilmesini istiyorum.

☐ Elden teslim almak istiyorum. (Vekâleten talep edilmesi halinde noter onaylı vekâletnamenin veya yetki belgesinin bulunması gerekmektedir.)

F. Bu formu doldurarak,

- İmzalı bir örneğini [19 Mayıs, Mercan Sk. STFA Sitesi 13A, 34742 Kadıköy/İstanbul] adresine bizzat teslim edebilir, noter kanalıyla gönderebilir,

Doldurmuş olduğunuz bu başvuru formu, 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu m. 13 uyarınca yapacağınız başvuruya hızlı ve doğru cevap vermek adına düzenlenmiştir.

Hukuka aykırı ve haksız bir şekilde veri paylaşımından doğabilecek hukuki risklerin giderilmesi ve özellikle kişisel verilerinizin güvenliğinin sağlanması için, kimlik ve yetki tespiti için HASTANE, ek belge talep etme hakkını saklı tutar.

Form kapsamında iletmekte olduğunuz bilgilerin doğru veya güncel olmaması halinde, söz konusu yanlış bilgi ya da yetkisiz başvuru kaynaklı taleplerden veya belirttiğiniz adreslere cevaplarımızın gönderimi esnasında oluşabilecek problemlerden dolayı HASTANE sorumluluk kabul etmemektedir.

Bu kısım HASTANE tarafından doldurulacaktır.

Tarih: _____/_____/_____

Teslim Alanın Adı Soyadı: _____