



Op. Dr.
Emine Şakalar

Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi
Uzmanı

Op. DR. Emine ŞAKALAR

KİŞİSEL VERİ SAHİBİ BAŞVURU FORMU

6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanununun 11 inci maddesinde, ilgili kişinin veri sorumlusuna başvurarak, aşağıda yazılı haklarını kullanabileceği düzenlenmiştir. Kişisel verisi işlenen gerçek kişilerin (İlgili Kişi) veri sorumlusuna yapacakları başvuru usul ve esasları “Veri Sorumlusuna Başvuru Usul ve Esasları Tebliği” ile düzenlenmiştir. Bu kapsamda aşağıda tablo halinde belirtilen haklarınız ile ilgili taleplerinizi lütfen işaretleyiniz.

Talep Edilen Haklar	Lütfen İşaretleyiniz
a) Kişisel veri işlenip işlenmediğini öğrenme,	
b) Kişisel verileri işlenmişse buna ilişkin bilgi talep etme,	
c) Kişisel verilerin işleme amacını ve bunların amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenme,	
ç) Yurt içinde veya yurt dışında kişisel verilerin aktarıldığı üçüncü kişileri bilme,	
d) Kişisel verilerin eksik veya yanlış işlenmiş olması hâlinde bunların düzeltilmesini isteme,	
e) Kanunun 7.maddesinde öngörülen şartlar çerçevesinde kişisel verilerin silinmesini veya yok edilmesini isteme,	
f) (d) ve (e) bentleri uyarınca yapılan işlemlerin, kişisel verilerin aktarıldığı üçüncü kişilere bildirilmesini isteme,	
g) İşlenen verilerin münhasıran otomatik sistemler vasıtasıyla analiz edilmesi suretiyle kişinin kendisi aleyhine bir sonucun ortaya çıkmasına itiraz etme,	
ğ) Kişisel verilerin kanuna aykırı olarak işlenmesi sebebiyle zarara uğraması hâlinde zararın giderilmesini talep etme,	



Op. Dr.
Emine Şakalar

Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi
Uzmanı

Yasal mevzuattan doğan haklarınızı kullanmak için, aşağıda belirtilen başvuru yollarından herhangi birini kullanarak başvuru yapabilirsiniz.

Güvenli Elektronik İmza, mobil imza ya da muayenehanemize bildirdiğiniz ve muayenehanemiz sisteminde kayıtlı bulunan Elektronik Posta adresini kullanmak suretiyle [bilgi@dreminesakalar.com](mailto: bilgi@dreminesakalar.com) adresine e-posta göndererek,

İlgili kişinin işbu formu eksiksiz doldurarak, **Yenibağlar, Hitit Homeofis, Güzide Hanım Sk. No:3 D:3, 26140 Tepebaşı / Eskişehir** adresine yapacağı şahsi başvuru,

Noter vasıtasıyla yapacağı başvurusu veya KVK Kurumunun belirlediği yöntemlerle

Aşağıda yazılı formu eksiksiz doldurarak, Veri Sorumlusu olan muayenehanemize yukarıdaki yöntemlerden herhangi biri ile başvurunuzu iletiniz.

Ad-Soyadı	
T.C. Kimlik Numarası	
Diğer Ülke Vatandaşları için	
Pasaport Numarası	
Tebliğata Esas Yerleşim Yeri Adresi	
İşyeri Adresi	
Cep Telefonu	
Telefon Numarası	
Faks Numarası	
E-posta Adresi	
Kayıtlı Elektronik Posta (KEP) Adresi	



Op. Dr.
Emine Şakalar

Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi
Uzmanı

Lütfen Muayenehanemiz ile olan aşağıda yazılı hukuki ilişkinizi belirtiniz.

(Müşteri, iş ortağı, çalışan adayı, eski çalışan, üçüncü taraf firma çalışanı, hissedar gibi)

Müşteri (Hasta) Ziyaretçi Tedarikçi Hissedar

Çalışan Eski Çalışan Stajyer Öğrenci Çalışan Adayı

Diğer

Muayenehanemizde çalışmış olduğunuz

Birim :

Konu :

Eski Çalışan :

Çalıştığım Yıllar :

Diğer :

İş Başvurusu Yaptım :

Özgeçmiş Paylaştım/Tarih :

Üçüncü Kişi Firma Çalışanıyım :

Lütfen çalıştığınız firma ve pozisyon bilgisini belirtiniz

.....
.....



Op. Dr.
Emine Şakalar

Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi
Uzmanı

Lütfen KVKK kapsamındaki talebinizi detaylı olarak belirtiniz:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Lütfen başvurunuza vereceğimiz yanıtın tarafınıza bildirilme yöntemini seçiniz:

Adresime gönderilmesini istiyorum. E-posta adresime gönderilmesini istiyorum.

Elden teslim almak istiyorum. Kayıtlı E-posta adresime gönderilmesini istiyorum

Muayenehanemiz ile olan hukuki ilişkinizi ve varsa muayenehanemiz tarafından işlenen kişisel verilerinizi eksiksiz olarak belirleyerek, ilgili başvurunuza doğru ve kanuni süresinde cevap verilebilmesi için bu form düzenlenmiştir. Hukuka aykırı ve haksız bir şekilde veri paylaşımından kaynaklanabilecek hukuki risklerin önlenmesi ve kişisel verilerinizin güvenliğinin sağlanması amacıyla, kimlik ve yetki tespiti için muayenehanemiz ek evrak ve açıklama bilgisi talep etme hakkını saklı tutar. Başvuru Formu kapsamında iletmekte olduğunuz taleplerinize ilişkin bilgilerin doğru ve güncel olmaması ya da yetkisiz bir başvuru yapılması halinde, muayenehanemiz söz konusu yanlış bilgi, yetkisiz başvuru kaynaklı taleplerden dolayı sorumluluk kabul etmemektedir. Vekâleten teslim alınması halinde, vekaletname aslı veya onaylı sureti, temsil belgesi veya yetki belgesi olması gerekmektedir.

Başvuru Sahibi İlgili Kişinin Beyanı:

Kişisel Veri/Başvuru Sahibi olarak, başvuru formunda yer alan genel açıklamaları okuduğumu, KVKK Kanunu ve başvuru formunda yer alan hak ve yükümlülüklerimi



Op. Dr.
Emine Şakalar

Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi
Uzmanı

bildiğimi ve bu kapsamda başvuru formunda belirtmiş olduğum tüm bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu kabul ve beyan ederim. İşbu talebime istinaden yasal süre içerisinde tarafıma bilgi verilmesini rica ederim.

İlgili Kişi/Başvuru Sahibinin

Adı Soyadı :

Başvuru Tarihi :

İmza :