

**KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU (KVKK)  
KİŞİSEL VERİLERE ERİŞİM İÇİN BİLGİ TALEP  
FORMU**

KODU: HD.FR. 07

YAYIN TARİHİ:  
17.12.2019

REVİZYON  
NO:00

REVİZYON TARİHİ:

SAYFA NO: 1

**I. Veri Sahibinin Bilgileri**

T.C. Kimlik Numarası: .....

Adı Soyadı: .....

Doğum Tarihi: .....

**II. Veri Sahibinin İletişim Bilgileri**

Telefon Numarası: .....

E-posta Adresi: .....

Adres: .....

**III. Başvuruyu Veri Sahibi Adına Yapan Yetkili Kişi (Başvuru yapan kişi, veri sahibinden farklı kişi ise doldurulacaktır.)**

T.C. Kimlik No: .....

Adı Soyadı: .....

Doğum Tarihi: .....

Yakınlık Derecesi: .....

(Yasal temsilci iseniz ilgili kararı ek olarak iletiniz. Kişisel verilerinizin güvenliği için Nüfus Cüzdanı talep edilebilir.)

Telefon Numarası: .....

E-posta Adresi: .....

Adres: .....

**IV. Kurum ile İlişki Bilgisi**

Başvuru Yapılan Hastane Adı : .....

Lütfen aşağıdaki seçeneklerden size uygun olanı işaretleyiniz.

Hasta / Hasta Yakını       Çalışan / Eski Çalışan / Aday       Üçüncü Taraf / Tedarikçi / Firma Çalışanı

**Hasta/Hasta Yakını tarafından doldurulacaktır.**

Ayakta Tedavi Oldum

Yatarak Tedavi Oldum

Ameliyat Oldum

Diğer : .....

Hizmet alınan sağlık bölüm/bölgeleri; .....

Son Başvuru Tarihi; .....

**Çalışan/Eski Çalışan/Aday tarafından doldurulacaktır.**

Çalışan

Eski Çalışan

Çalışma Dönemi (ay/yıl) : .....

İş Başvurusu / Özgeçmiş Paylaşımı yaptım.

Başvuru Tarihi (ay/yıl) : .....

Diğer : .....

**KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU (KVKK)  
KİŞİSEL VERİLERE ERİŞİM İÇİN BİLGİ TALEP  
FORMU**

KODU: HD.FR. 07

YAYIN TARİHİ:  
17.12.2019

REVİZYON  
NO:00

REVİZYON TARİHİ:

SAYFA NO: 2

**Üçüncü Taraf/Tedarikçi/Firma Çalışanı tarafından doldurulacaktır.**

Çalıştığınız Firma Adı : .....

Unvan : .....

**V. Kişisel Verilerin Korunması Kanunundaki talebinizi detaylı olarak belirtiniz.**

*Lütfen talep edilen kişisel veriye ilişkin detaylı açıklama yapınız. (örneğin çalıştığımız bölüm, iletişimde olduğunuz bölüm/kişi/unvan bilgisi, aldığımız hizmet/bölüm bilgisi vb.)*

**VI. Lütfen talebinize vereceğimiz yanıtın tarafınıza gönderim yöntemini seçiniz.**

- Adresime gönderilmesini istiyorum.  
 E-posta adresime gönderilmesini istiyorum.  
 Bizzat başvurarak elden teslim almak istiyorum.

**VII. Acıklama**

*Bu formu doldurarak, imzalı bir örneğin hizmet aldığınız hastanenin Başhekimliğine bizzat teslim edebilir, noter kanalıyla gönderebilirsiniz. Bilgi talep formu, ilgili hastanelerimizde işlenen kişisel verilerinize ilişkin eksiksiz ve isabetli olarak başvuruza doğru, tam ve kanuni süresi içerisinde cevap verilebilmesi için düzenlenmiştir. Hukuka aykırı ve haksız bir şekilde veri paylaşımından kaynaklanabilecek hukuki risklerin bertaraf edilmesi ve özellikle kişisel verilerinizin güvenliğinin sağlanması amacıyla, kimlik ve yetki tespiti için, ekevrakvemalumat (Nüfus cüzdanı veya sürücü belgesi sureti vb.) talep etme hakkını saklı tutar. Form kapsamında iletmekte olduğunuz taleplerinize ilişkin bilgilerin doğru ve güncel olmaması ya da yetkisiz bir başvuru yapılması halinde, sözkonusu yanlış bilgi yada yetkisiz başvuru kaynaklı taleplerden veya belirttiğiniz adreslere cevaplarımızın gönderimi sırasında oluşabilecek aksaklıklardan dolayı kurumlarımız sorumluluk kabul etmemektedir.*

**Talep Sahibi tarafından doldurulacaktır.**

Talep Tarihi : ..... / ..... / .....

Talep eden Ad/Soyad : .....

İmza : .....

**Kurum tarafından doldurulacaktır.**

Teslim Alma Tarihi : ..... / ..... / .....

Teslim Alan Ad/Soyad: .....

Teslim Alan Unvanı : .....

İmza : .....