

ÖZEL ERTÜRK AĞIZ ve DİŞ SAĞLIĞI POLİKLİNİĞİ	İLGİLİ KİŞİ (VERİ SAHİBİ) BAŞVURU BEYANI (FORMU)	Doküman No:	KVK-BE-04
		Revizyon No:	00
		Revizyon Tarihi:	-
		Yayın Tarihi:	15.02.2021
		Sayfa No:	1/4

GENEL AÇIKLAMALAR,

6698 sayılı **Kişisel Verilerin Korunması Kanunu**'nda ("Kanun") ilgili kişi olarak tanımlanan kişisel ilgili kişi (Veri sahibi) lere, **Kanun**'un 11'inci maddesinde kişisel verilerinin işlenmesine ilişkin birtakım taleplerde bulunma hakkı tanınmıştır.

Kanun'un 13'üncü maddesinin birinci fıkrası uyarınca; veri sorumlusu olan " **Özel Ertürk Ağız Ve Diş Sağlığı Polikliniği** ((Bundan sonra " **Poliklinik** " olarak anılacaktır.) bu haklara ilişkin olarak yapılacak başvuruların yazılı olarak veya **Kişisel Verilerin Korunması Kurulu** ("**Kurul**") tarafından belirlenen diğer yöntemlerle tarafımıza iletilmesi gerekmektedir.

Bu çerçevede "**yazılı**" olarak yapılacak başvurular, işbu formun çıktısı alınarak;

- ✓ İlgili Kişi (Veri Sahibi)'nin şahsen başvurusu ile,
- ✓ Noter vasıtasıyla,
- ✓ İlgili Kişi (Veri Sahibi) 5070 Sayılı Elektronik İmza Kanununda tanımlı olan "güvenli elektronik imza" ile imzalayarak Muayenehanemizde kullanılan kayıtlı elektronik posta (KEP) veya e posta adreslerine gönderilmek suretiyle, tarafımıza iletebilecektir.

Aşağıda, yazılı başvuruların ne şekilde tarafımıza ulaştırılacağına ilişkin yazılı başvuru hakkında bilgiler verilmektedir.

Başvuru Yöntemi	Başvurunun Yapılacağı Adres	Başvuru Gönderiminde Belirtilecek Bilgi
Şahsen Başvuru (İlgili kişinin kendisi bizzat gelip kimliğini tevsik edici belge ile başvurusu)	Kültür Mahallesi Cumhuriyet Bulv. Ata Apt. No 182 K1 D1,35220 Alsancak -Konak/İzmir	Zarfın üzerine "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamında Bilgi Talebi" yazılacaktır.
Noter vasıtasıyla tebligat	Kültür Mahallesi Cumhuriyet Bulv. Ata Apt. No 182 K1 D1,35220 Alsancak -Konak/İzmir	Tebligat zarfına "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamında Bilgi Talebi" yazılacaktır.
"Güvenli elektronik imza" ile imzalanmış Elektronik Posta yoluyla	ozlem.erturk@erturkdental.com	E-postanın konu kısmına "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Bilgi Talebi" yazılacaktır.

Ayrıca, **Kurul**'un belirleyeceği başka yöntemlerin ilan edilmesinden sonra bu yöntemler üzerinden de başvuruların ne şekilde alınacağı duyurulacaktır. Tarafımıza iletilmiş olan başvurularınız **Kanun**'un 13'üncü maddesinin 2'inci fıkrası gereğince, talebin niteliğine göre talebinizin bizlere ulaştığı tarihten itibaren **30 (otuz) gün** içinde yanıtlanır. Yanıtlarımız ilgili **Kanun**'un 13'üncü maddesi hükmü gereğince yazılı veya elektronik ortamdan tarafınıza ulaştırılır.

A. İlgili Kişi (Veri Sahibi) İletişim Bilgileri:

Adı Soyadı	
T.C. Kimlik Numarası / Diğer Ülke Vatandaşları için Pasaport Numarası veya Kimlik Numarası	
Tebligata Esas Yerleşim Yeri Adresi / İş Yeri Adresi	
Cep Telefonu Numarası:	
Telefon Numarası:	

ÖZEL ERTÜRK AĞIZ ve DİŞ SAĞLIĞI POLİKLİNİĞİ	İLGİLİ KİŞİ (VERİ SAHİBİ) BAŞVURU BEYANI (FORMU)	Doküman No:	KVK-BE-04
		Revizyon No:	00
		Revizyon Tarihi:	-
		Yayın Tarihi:	15.02.2021
		Sayfa No:	2/4

Faks Numarası:	
E-posta: (Belirterseniz size daha hızlı yanıt verebileceğiz.)	

B. Kurum ile İlişkiniz:

“Poliklinik “ ile olan ilişkinize dair uygun olan seçeneği işaretleyerek, mevcut ilişkinin halihazırda devam edip etmediğini aşağıda yer verilen bölümde belirtiniz. (Çalışan, aday çalışan, eski çalışan, iş ortağı, 3. taraf firma çalışanı, vb.)

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hasta | <input type="checkbox"/> Hasta Yakını |
| <input type="checkbox"/> Çalışan | <input type="checkbox"/> Eski Çalışan |
| <input type="checkbox"/> 3. Taraf Firma Çalışanı | <input type="checkbox"/> Diğer () |

“Poliklinik “ ile olan ilişkim başvuru tarihi itibarıyla devam etmektedir.

“Poliklinik “ ile olan ilişkim (...../..... /20.....) tarihi itibarıyla sona ermiştir.

C. VERİ SAHİBİNİN TALEPLERİ

İlgili Kişi (Veri sahibi) olarak, **Kanun**'un 11. ve 13. maddeleri kapsamında bilgi sahibi olmak istediğiniz durum/durumlar için lütfen aşağıda yer verilen listedeki ilgili kutucuğu/kutucukları işaretleyiniz.

TALEBİNİZ	GEREKEN BİLGİ/BELGE	SEÇİMİNİZ
Kişisel verilerimin işlenip işlenmediğini öğrenmek istiyorum.	Özel bir veri türüne dair bilgi almak istiyorsanız lütfen belirtiniz.	<input type="checkbox"/>
Kişisel verilerimin hangi amaçla işlendiğini öğrenmek istiyorum.	Özel bir veri türüne dair bilgi almak istiyorsanız lütfen belirtiniz.	<input type="checkbox"/>
Kişisel verilerimin amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenmek istiyorum.	Özel bir veri türüne dair bilgi almak istiyorsanız lütfen belirtiniz.	<input type="checkbox"/>
Eğer kişisel verilerim yurt içinde veya yurt dışında üçüncü kişilere aktarılıyorsa, bilmek istiyorum.	Özel bir veri türüne dair bilgi almak istiyorsanız lütfen belirtiniz.	<input type="checkbox"/>
Kişisel verilerimin eksik veya yanlış işlendiği düşünüyorum ve bunların düzeltilmesini istiyorum.	Eksik ve yanlış işlendiğini düşündüğünüz bilgilerin doğrusunun nasıl olması gerektiğini lütfen belirtiniz.	<input type="checkbox"/>
6. Eksik/yanlış işlendiğini düşündüğüm kişisel verilerimin aktarıldığı üçüncü kişiler nezdinde de düzeltilmesini istiyorum.	Eksik ve yanlış işlendiğini düşündüğünüz bilgilerin doğrusunun nasıl olması gerektiğini lütfen belirtiniz.	<input type="checkbox"/>

ÖZEL ERTÜRK AĞIZ ve DİŞ SAĞLIĞI POLİKLİNİĞİ	İLGİLİ KİŞİ (VERİ SAHİBİ) BAŞVURU BEYANI (FORMU)	Doküman No:	KVK-BE-04
		Revizyon No:	00
		Revizyon Tarihi:	-
		Yayın Tarihi:	15.02.2021
		Sayfa No:	3/4

7. Kişisel verilerimin işlenmesini gerektiren sebeplerin ortadan kalkması nedeniyle silinmesini/yok edilmesini istiyorum.	Talebinize ait verilerin hangileri olduğunu lütfen belirtiniz, bu hususlara ilişkin tevsik edici bilgi ve belgelere Başvuru Formu ekinde yer veriniz.	<input type="checkbox"/>
8. Kişisel verilerimin işlenmesini gerektiren sebeplerin ortadan kalkması nedeniyle aktarıldıkları üçüncü kişiler nezdinde de silinmesini/yok edilmesini istiyorum.	Kişisel bilgilerinizin yalnızca bir kısmına ilişkin ise bunların hangi veriler olduğunu, ayrıca gerekçenizi destekleyen bilgi ve belgelere lütfen Başvuru Formu ekinde yer veriniz.	<input type="checkbox"/>
9. Kişisel verilerimin münhasıran otomatik sistemler vasıtasıyla analiz edildiğini ve bu analiz sonucunda şahsım aleyhine bir sonuç doğduğunu düşünüyorum. Bu sonuca itiraz ediyorum.	Bu talebinizin gerekçesini ve bilgi alma talebinize ilişkin durumun sonucunu belirtiniz, bu hususlara ilişkin tevsik edici bilgi ve belgelere lütfen Başvuru Formu ekinde yer veriniz.	<input type="checkbox"/>
10. Kişisel verilerimin kanuna aykırı işlenmesi nedeniyle uğradığım zararın tazminini talep ediyorum.	Bu talebinizin gerekçesini ve uğradığınızı düşündüğünüz zararı aşağıdaki boşlukta belirtiniz; bu hususlara ilişkin tevsik edici bilgi ve belgelere (örnek; Kişisel Verilerin Korunması Kurulu veya mahkeme kararları) lütfen Başvuru Formu ekinde yer veriniz.	<input type="checkbox"/>

İlgili kişi (Veri sahibi) adına 3. kişiler tarafından yapılacak olan başvurularda, işbu Başvuru Formu ile birlikte noterce onaylanmış vekâletnamenin, velayet/vesayet altında bulunan çocuklar adına yapılacak başvurularda ise işbu Başvuru Formu ile birlikte velayet/vesayet ilişkisini tevsik edici belgelerin bir suretinin tarafımıza gönderilmesi gerekmektedir.

Kişisel verilerinizin güvenliğini sağlamak amacıyla, bilgi edinme başvurunuzun **"Poliklinik "** 'e ulaştığı tarihten itibaren **yedi (7) gün içinde, "Poliklinik "** , ilgili kişi (veri sahibi) olduğunuzu teyit etmek amacıyla sizinle iletişime geçebilecek, bu hususta sizlerden bazı bilgi ve belgeler talep edebilecektir. Bu kapsamda tarafımıza sağlamış olduğunuz bilgi ve belgeler, ilgili kişi (veri sahibi) olduğunuzun teyit edilmesini müteakip derhal imha edilecektir.

Talep edilen bilgi ve belgelerin eksik olması durumunda, talebimiz üzerine bilgi ve belgelerin tamamlanarak tarafımıza iletilmesi gerekecektir. Bilgi ve belgeler tarafımıza tam olarak iletilene kadar talebin sonuçlandırılmasına ilişkin **Kanun'un 13/2 maddesinde belirtilen otuz (30) günlük** süre askıya alınacaktır.

D. İLGİLİ KİŞİ (VERİ SAHİBİ)'NİN TALEBİNİN SONUÇLANDIRILMASI

Niteliğine göre talebiniz, **Kanun** uyarınca bizlere ulaştığı tarihi takip eden **en kısa sürede ve en geç otuz 30 gün içinde** cevaplandırılacaktır. Cevaplarımız ve değerlendirmelerimiz, işbu Başvuru Formu'nda belirtilmiş olan seçiminize göre **Kanun'un 13. maddesi** uyarınca yazılı veya elektronik ortam vasıtasıyla tarafınıza iletilecektir. Başvuru sonucunun posta, elektronik posta veya faks yöntemlerinden biriyle iletilmesine ilişkin öncelikli bir tercihiniz varsa, lütfen aşağıda belirtiniz:

Başvuruma ilişkin sonucun e-posta adresime gönderilmesini istiyorum.	<input type="checkbox"/>
Başvuruma ilişkin sonucun posta aracılığı ile adresime gönderilmesini istiyorum.	<input type="checkbox"/>
Başvuruma ilişkin sonucun faks yolu ile gönderilmesini istiyorum.	<input type="checkbox"/>

ÖZEL ERTÜRK AĞIZ ve DİŞ SAĞLIĞI POLİKLİNİĞİ	İLGİLİ KİŞİ (VERİ SAHİBİ) BAŞVURU BEYANI (FORMU)	Doküman No:	KVK-BE-04
		Revizyon No:	00
		Revizyon Tarihi:	-
		Yayın Tarihi:	15.02.2021
		Sayfa No:	4/4

Talepleriniz “Poliklinik “ tarafından ücretsiz sonuçlandırılacak olup, cevaplama sürecinin ayrıca bir maliyet doğurması halinde, ilgili mevzuat çerçevesinde belirlenen tutarlarda ücret talep edilebilecektir.

E. İLGİLİ KİŞİ (VERİ SAHİBİ) BEYANI

İşbu başvuru formu, “Poliklinik “ ile olan ilişkinizi tespit ederek, varsa “Poliklinik “ tarafından işlenen kişisel verilerinizi eksiksiz olarak belirleyerek, ilgili başvurunuza doğru ve kanuni süresinde cevap verilebilmesi için tanzim edilmiştir. 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 Kurumumuz ek evrak ve malumat (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 “Poliklinik “, söz konusu yanlış bilgi ya da yetkisiz başvuru kaynaklı taleplerden dolayı mesuliyet kabul etmemektedir.

Kanun uyarınca yapmış olduğum bilgi edinme başvurusunun, yukarıda belirttiğim talep/talepler çerçevesinde değerlendirilerek sonuçlandırılmasını rica eder, işbu başvuruda tarafınıza sağlamış olduğum bilgi ve belgelerin doğru, güncel ve şahsıma ait olduğunu kabul, beyan ve taahhüt ederim.

İlgili Kişi (Veri Sahibi)	
Adı Soyadı	
Başvuru Tarihi	
İmza	