

ÖZEL EKOLDİŞ AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ SANAYİ VE TİCARET LİMİTED ŞİRKETİ KVKK BAŞVURU FORMU

GENEL AÇIKLAMALAR

1. 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nda ("Kanun") ilgili kişi olarak tanımlanan kişisel veri sahiplerine ("Başvuru Sahibi"), Kanun'un 11. maddesinde kişisel verilerinin işlenmesine ilişkin veri sorumlularına birtakım talepleri yöneltme hakkı tanınmıştır.

2. Kanun'un 13. maddesinin birinci fıkrası uyarınca veri sorumlusu olan Özel Ekoldiş Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi Sanayi ve Ticaret Limited Şirketi ("Özel Ekoldiş Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi")'ne bu haklara ilişkin olarak yapılacak başvuruların yazılı olarak iletilmesi gerekmektedir.

3. Bu kapsamda "yazılı" olarak Özel Ekoldiş Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi'ne yapılacak başvurular, işbu formun çıktısı alınarak;

• Islak imzalı nüshasını bizzat elden ileterek veya noter aracılığıyla "Sırapapılar Mahallesi Saltak Cad. No: 27/1 Merkezefendi/DENİZLİ" adresine postalayarak,

• Başvuru Sahibine ait 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'nda tanımlı olan "güvenli elektronik imza" ile imzalanarak ekoldis@hs01.kep.tr KEP adresine gönderilmek suretiyle, iletilebilecektir.

4. Kurul tarafından başkaca başvuru yöntemi belirlenerek duyurusu yapılırsa, bu yöntemlerle ilgili duyurular Özel Ekoldiş Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi'ne ait internet sitesi üzerinden yapılacaktır.

5. Özel Ekoldiş Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi'ne iletilmiş olan başvurularınız Kanun'un 13. maddesinin 2. fıkrası gereğince, talebin niteliğine göre, talebinizin Şirkete ulaştığı tarihten itibaren 30 (otuz) gün içerisinde yanıtlanacaktır. Özel Ekoldiş Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi vermiş olduğu yanıtlar yine Kanun'un 13. maddesi gereğince tarafınıza yazılı veya elektronik ortam üzerinden ulaştırılacaktır.

6. Başvurunuzun ek bir maliyet gerektirmesi durumunda, Kişisel Verileri Koruma Kurulu tarafından çıkarılan Veri Sorumlusuna Başvuru Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ ile belirlenen ücreti ödemeniz gerekecektir. Başvuruza yazılı cevap verilmesi halinde ilk 10 (on) sayfaya kadar ücret alınmayacak, 10 (on) sayfanın üzerindeki her sayfa için 1 TL işlem ücreti alınacaktır. Başvuruza verilecek cevabın CD, flash bellek gibi bir kayıt ortamında verilmesi halinde ise, kayıt ortamının maliyeti kadar ücret tarafınıza yansıtılacaktır.

7. Özel Ekoldiş Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi'ne başvuru usullerine ilişkin Kurul kararı veya ileride çıkarılacak yasal düzenlemelere yönelik değişiklik yapma hakkı saklıdır.

A. Başvuru Sahibine Ait İletişim Bilgileri

İsim:

Soy İsim:

T.C. Kimlik No:

Telefon No:

E-posta: Adres:

B. Başvuru Sahibinin Limited Şirketi ile Olan İlişkisi

Lütfen Özel Ekoldiş Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi ile olan ilişkinizi belirtiniz. (Hasta, Hasta Yakını, Çalışan, Çalışan Yakını, Çalışan Adayı, Tedarikçi, Ziyaretçi vb.)

Hasta :

Hasta Yakını :

Çalışan :

Çalışan Adayı :

Üçüncü Taraf Firma Çalışanı :

Diğer:.....

Özel Ekoldiş Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi içerisinde kişisel verilerinizi toplayan Birim (Belirtilmesi zorunlu olmamakla birlikte, belirtmeniz halinde başvurunuz daha hızlı sonuçlandırılacaktır.)

.....
.....

<p><i>***Eski çalışansanız lütfen aşağıdaki kısımları doldurunuz</i></p> <p>Çalıştığınız yıllar:.....</p> <p>Çalıştığınız birim:.....</p>	<p><i>***Çalışan adayıysanız lütfen aşağıdaki kısımları doldurunuz</i></p> <p>İş başvurusunda bulunduğunuz tarih:.....</p> <p>İş başvurusunun yapılış şekli:.....</p>	<p><i>***Üçüncü taraf firma çalışıyorsanız lütfen aşağıdaki kısımları doldurunuz</i></p> <p>Çalıştığınız firmanın unvanı:.....</p> <p>Çalıştığınız pozisyon:</p>
---	---	--

C. Kanun Kapsamındaki Talebinize İlişkin Detaylar

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

D. Başvurunuzun Verilecek Yanıtın Tarafınıza Bildirilmesi İçin Seçilecek Yöntem

Adresime gönderilmesini istiyorum

E-posta adresime gönderilmesini istiyorum (*e-posta yönteminin seçilmesi halinde tarafınıza daha hızlı yanıt verilecektir.*)

Elden teslim almak istiyorum (*Vekaleten teslim alınması durumunda noter tasdikli vekaletnamenin veya yetki belgesinin ibraz edilmesi zorunludur.*)

İşbu form, Özel Ekoldiş Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi ile olan ilişkinizi tespit ederek, varsa, Özel Ekoldiş Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi tarafından işlenen kişisel verilerinizi eksiksiz olarak belirleyerek, ilgili başvurunuza doğru ve kanuni süresinde cevap verilebilmesi için tanzim edilmiştir. Hukuka aykırı ve haksız şekilde veri paylaşımından kaynaklanabilecek hukuki risklerin bertaraf edilmesi ve özellikle kişisel verilerinizin güvenliğinin sağlanması amacıyla, kimlik ve yetki tespiti için Özel Ekoldiş Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi tarafından ek evrak ve malumat (Nüfus cüzdanı, pasaport veya sürücü belgesi sureti vb.) talep etme hakkı saklı tutulmaktadır. Form kapsamında ilettiğiniz taleplerinize ilişkin bilgilerin doğru ve güncel olmaması ya da yetkisiz bir başvuru yapılması halinde Özel Ekoldiş Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi söz konusu yanlış bilgi ya da yetkisiz başvurudan kaynaklı taleplerden dolayı mesuliyet kabul etmemektedir.

Başvuru Sahibi (Kişisel Veri Sahibi)

Adı soyadı :

Başvuru tarihi :

İmza :