

AMERİKAN ESTETİK ve SAĞLIK HİZMETLERİ TİCARET LİMİTED ŞİRKETİ (ÖZEL AMERİKAN CERRAHİ TIP MERKEZİ)

6698 SAYILI KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU

KAPSAMINDA İLGİLİ KİŞİ BAŞVURU FORMU

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nda ("KVKK" olarak anılacaktır.) "ilgili kişi" olarak tanımlanan kişisel veri sahiplerine ("Başvuru Sahibi" olarak anılacaktır.), KVKK'nın 11. maddesi kapsamında aşağıdaki haklar tanınmıştır:

- Kişisel verilerinizin işlenip işlenmediğini öğrenme,
- Kişisel verileriniz işlenmişse buna ilişkin bilgi talep etme,
- Kişisel verilerinizin işlenme amacını ve bunların amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenme,
- Yurt içinde veya yurt dışında kişisel verilerinizin aktarıldığı üçüncü kişileri bilme,
- Kişisel verilerinizin eksik veya yanlış işlenmiş olması hâlinde bunların düzeltilmesini isteme ve bu kapsamda yapılan işlemin kişisel verilerinizin aktarıldığı üçüncü kişilere bildirilmesini isteme,
- KVKK ile ilgili diğer kanun ve sair mevzuat hükümlerine uygun olarak işlenmiş olmasına rağmen, işlenmesini gerektiren sebeplerin ortadan kalkması hâlinde, kişisel verilerinizin silinmesini veya yok edilmesini isteme ve bu kapsamda yapılan işlemin kişisel verilerinizin aktarıldığı üçüncü kişilere bildirilmesini isteme,
- İşlenen verilerin münhasıran otomatik sistemler vasıtasıyla analiz edilmesi suretiyle şahsınız aleyhine bir sonucun ortaya çıkmasına itiraz etme,
- Kişisel verilerinizin kanuna aykırı olarak işlenmesi sebebiyle zarara uğramanız hâlinde zararın giderilmesini talep etme.

	YÖNTEM / USUL	ADRES	AÇIKLAMA
Yazılı Başvuru	Islak imzalı olarak şahsen veya noter kanalı ile yapılabilecektir.	19 Mayıs Mahallesi 19 Mayıs Caddesi No:8/B Fulya/Şişli İSTANBUL	İşbu formda yer alan ilgili bilgi ve belgeler belirtilerek gereği yerine getirilecek ve başvuru formu zarfı / tebligatı üzerine "KVKK İlgili Kişi Başvurusu" yazılacaktır.
Elektronik Posta (E-mail) ile Başvuru	Tarafınızca daha önce Tıp Merkezimize bildirilen ve sistemlerimizde kayıtlı bulunan elektronik posta adresini kullanmak suretiyle e-mail ile yapılabilecektir.	idari.isler@amerikanestetik.com.tr	E-mail ileti içeriğinde işbu formda yer alan ilgili bilgi ve belgeler belirtilerek gereği yerine getirilecek ve konu kısmına "KVKK İlgili Kişi Başvurusu" yazılacaktır.

Söz konusu haklarınızı aşağıdaki yöntem ve şekiller ile kullanabilirsiniz.

Tarafımıza iletilmiş olan başvurularınız KVKK'nın 13. maddesinin 2. fıkrası gereğince, talebin niteliğine göre talebinizin bizlere ulaştığı tarihten itibaren otuz gün içinde yanıtlanacaktır. Yanıtlarımız KVKK'nın 13. maddesi hükmü gereğince yazılı olarak veya elektronik ortamdan tarafınıza ulaştırılacaktır.

I. Başvuru Sahibi İletişim Bilgileri:

Ad Soyad :

T.C. Kimlik Numarası :

Telefon Numarası :

E-Posta :

Adres :

II. Lütfen Tıp Merkezimiz ile olan ilişkinizi belirtiniz.

<input type="checkbox"/> Mevcut Çalışan	<input type="checkbox"/> Çalışan Adayı	<input type="checkbox"/> İş Ortağı (Bayi, Tedarikçi vb.)
<input type="checkbox"/> Eski Çalışan	<input type="checkbox"/> Müşteri	<input type="checkbox"/> Diğer:
Tıp Merkezimiz ile iletişimde olduğunuz Departman / Birim:		
İletişim Konusu:		

III. Lütfen KVKK Kanunu kapsamındaki talebinizi detaylı olarak belirtiniz:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

IV. Lütfen başvurunuza vereceğimiz yanıtın tarafınıza bildirilme yöntemini seçiniz:

- Adresime gönderilmesini istiyorum.
- Elden teslim almak istiyorum.
- Formu gönderdiğim ve sisteminizde kayıtlı olan e-posta adresime cevap verilmesini istiyorum.
(Vekâleten teslim alınması durumunda noter tasdikli vekâletnamenin veya yetki belgesinin mevcut olması ve işbu Başvuru Formuna eklenmesi gerekmektedir.)

Başvuru Sahibi İlgili Kişi'nin

Adı Soyadı:

Başvuru Tarihi:

İmza:

6698 SAYILI KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU KAPSAMINDA

İLGİLİ KİŞİ BAŞVURU FORMU AYDINLATMA METNİ

İşbu başvuru formu, başvurunuzun değerlendirilerek neticelendirilmesi için Tıp Merkezimiz ile olan ilişkinizi tespit etmek, başvurunuzda yer alan talepleri yanıtlamak, ilgili kişi olarak kişisel verilerinizi tespit etmek ve ilgili başvurunuza doğru ve kanuni süresinde cevap verebilmek için tanzim edilmiştir.

Tıp Merkezimizin, başvuru kapsamında kimlik ve yetki tespiti ve başvurunun değerlendirilmesi için ek bilgi ve belge talep etme hakkı saklıdır. Başvurunuz kapsamında ilettiğiniz taleplerinize ilişkin bilgi ve belgelerin yetkili kişi tarafından iletilmesi ve doğru ve güncel olması gereklidir. Yetkisiz bir başvuru yapılması halinde ve bilgilerin doğru ve güncel olmadığının tespiti halinde Tıp Merkezimiz, sorumluluk almayacaktır ve bu durumda Tıp Merkezimizin başvuruyu reddetme hakkı saklıdır.

İşbu formda belirtilen ve tarafımıza iletilen bilgi ve belgeler Kanun'un 13'üncü maddesi uyarınca yapılan başvurunun değerlendirilmesi, cevaplandırılması ve neticelendirilmesi amaçlarıyla sınırlı olarak Tıp Merkezimiz tarafından işlenecektir.

İşbu form ve başvuru kapsamında elde edilen bilgiler yazılı, sözlü olarak ve elektronik ortamda yahut fiziki ortamda toplanabilecektir. İşbu kapsamda yürütülen inceleme doğrultusunda ilgili bilgiler Tıp Merkezi ve iştirakleri ile söz konusu başvurunun neticelendirilmesi için avukatlık ofisi, danışmanlık şirketi gibi hizmet alınan üçüncü kişi ve şirketler ile paylaşılacaktır. 6698 sayılı Kanun 11. Maddede yer alan haklarınızı işbu formda belirtilen usul ve koşullarda kullanabilirsiniz.

Başvuru Sahibi İlgili Kişi'nin

Adı Soyadı:

Başvuru Tarihi:

İmza: