

OPR DR TAHİR ŐEN KLİNİĞİ
İLGİLİ KİŞİ BAŐVURU FORMU

1. BaŐvuru Yöntemi

6698 sayılı KiŐisel Verilerin Korunması Kanunu'nun ("Kanun") 11. Maddesinde sayılan haklarınız kapsamındaki taleplerinizi, Tuna Mah Yalı Blv No:1260/1 KarŐıyaka/ İzmir adresinde mukim Opr Dr Tahir Ően KliniĐi 'ne Kanun'un 13. maddesi ile Veri Sorumlusuna BaŐvuru Usul ve Esasları Hakkında TebliĐ'in 5. maddesi gereğince, iŐbu form ile aŐaĐıda aŐıklanan yöntemlerden biriyle baŐvurunuzu Őirketimize iletebilirsiniz.

	BAŐVURU YÖNTEMİ	BAŐVURU YAPILACAK ADRES	BAŐVURUDA GÖSTERİLECEK BİLGİ
YAZILI	Islak imzalı Őahsen baŐvuru ya da Noter	Tuna Mah 1717sokak No:110/3 KarŐıyaka/ İzmir	Zarfın/ tebligatın üzerine "KiŐisel Verlerin Korunması Kanunu Bilgi Talebi" yazılması gereklidir.
KAYITLI ELEKTRONİK POSTA (KEP)	Kayıtlı elektronik posta (KEP) adresi ile	e-postanın konu kısmına "KiŐisel Verlerin Korunması Kanunu Bilgi Talebi" yazılması gereklidir.
SİSTEMİMİZDE KAYITLI ELEKTRONİK POSTA	Őirketimizin sisteminde kayıtlı elektronik posta ile	kvkk@..	e-postanın konu kısmına "KiŐisel Verlerin Korunması Kanunu Bilgi Talebi" yazılması gereklidir.
SİSTEMİMİZDE KAYITLI BULUNMAYAN ELEKTRONİK POSTA	Güvenli mobil imza / e-imza içerecek Őekilde Őirketimizin sisteminde kayıtlı olmayan elektronik posta ile	KEP Yazalım	konu kısmına "KiŐisel Verlerin Korunması Kanunu Bilgi Talebi" yazılması gereklidir.

Tarafımıza iletilmiŐ olan baŐvurularınız Kanun'un 13'üncü maddesinin 2'inci fıkrası gereğince, talebin niteliğine göre talebinizin bizlere ulaŐtıĐı tarihten itibaren otuz gün içinde yanıtlandırılacaktır. Yanıtlarımız ilgili Kanun'un 13'üncü maddesi hükmü gereğince yazılı veya elektronik ortamdandırılarak tarafınıza ulaŐtırılacaktır.

2. Kimlik ve İletişim Bilgileriniz

Lütfen sizinle iletişime geçebilmemiz ve kimliğinizi doğrulayabilmemiz adına aşağıdaki alanları doldurunuz.

Ad-Soyadı	:	
T.C. Kimlik Numarası / Diğer Ülke Vatandaşları için Pasaport Numarası veya Kimlik Numarası	:	
Tebliğata Esas Yerleşim Yeri Adresi / İş Yeri Adresi	:	
Cep Telefonu	:	
Telefon Numarası	:	
E-posta Adresi	:	

3. Lütfen Klinik ile olan ilişkinizi belirtiniz. (Müşteri, iş ortağı, çalışan adayı, eski çalışan, üçüncü taraf firma çalışanı, hissedar gibi)

<input type="checkbox"/> Müşteri <input type="checkbox"/> Ziyaretçi	<input type="checkbox"/> İş ortağı <input type="checkbox"/> Diğer:
Klinik içerisinde iletişimde olduğunuz Birim:..... Konu:	

<input type="checkbox"/> Eski Çalışanım Çalıştığım Yıllar :	<input type="checkbox"/> İş Başvurusu / Özgeçmiş Paylaşımı Yaptım Tarih :
<input type="checkbox"/> Diğer:	<input type="checkbox"/> Üçüncü Kişi Firma Çalışanıyım Lütfen çalıştığınız firma ve pozisyon bilgisini belirtiniz

