

## KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU UYARINCA BAŞVURU FORMU

Başvuru Tarihi : ..... / ..... / .....

Kendisine ait "Kişisel Verinin Talebi"

Başkasına ait "Kişisel Verinin Talebi" halinde (19 yaşından gün almamış ise ebeveynleri ya da velayet sahibi, vesayet altında ise vasisi, ilgili kişinin bu yönde açıkça vekalet vermiş olduğu kişiler)

### A. Başvuruda bulunan Kişinin iletişim bilgileri:

Adı Soyadı: ..... İmza: .....

Doğum Tarihi: ..... / ..... / ..... T.C. Kimlik No : .....

Telefon Numarası: .....

E-posta Adresi: .....

Adres: .....

### B. Talebi yapılan Kişisel Verinin sahibi:

Adı Soyadı: ..... İmza: .....

Doğum Tarihi: ..... / ..... / ..... T.C. Kimlik No : .....

Telefon Numarası: .....

E-posta Adresi: .....

Adres: .....

**C. Lütfen Medical Point ile olan ilişkinizi belirtiniz.** ("Hasta, eski çalışan, üçüncü taraf, Medical Point' e hizmet sunan firma çalışanı gibi)

Medical Point'te sağlık hizmeti alanlar dolduracaktır

Ayakta Tedavi Oldum  Yatarak Tedavi Oldum  Ameliyat Oldum  Diğer: .....

Hizmet Alınan Sağlık Birimleri:

.....

.....

Medical Point Hastanesi'nde çalışanlar dolduracaktır.

Mevcut Çalışanıyım

Eski Çalışanıyım Çalıştığım Yıllar : .....

Diğer: .....

**D. Lütfen Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamındaki talebinizi detaylı olarak belirtiniz:**

.....

.....

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

**E. Lütfen başvuruza vereceğimiz yanıtın tarafınıza bildirilme yöntemini seçiniz:**

- Adresime gönderilmesini istiyorum.
- E-posta adresime gönderilmesini istiyorum.
- Elden teslim almak istiyorum.

(Vekâleten talep edilmesi durumunda vekâletname veya yetkili kişinin yetkisini gösterir belgenin olması gerekmektedir.)

**F. Açıklama**

Bu formu doldurarak,

- İmzalı bir örneğini Yeni Girne Bulvarı, 1825. Sk. No:12, 35575 Karşıyaka/İzmir adresine bizzat teslim edebilir, noter kanalıyla gönderebilir,
- [izmir@mph.com.tr](mailto:izmir@mph.com.tr) adresine güvenli elektronik ya da mobil imzalı olarak, kayıtlı elektronik posta adresi veya sistemimizde kayıtlı olan elektronik posta adresiniz aracılığıyla iletebilirsiniz.

Doldurmuş olduğunuz bu başvuru formu, Medical Point Hastanesi ile olan ilişkinizi tespit ederek, varsa, Medical Point Hastanesi tarafından işlenen kişisel verilerinizle ilgili olarak eksiksiz ve isabetli olarak ilgili başvuruza doğru 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 Medical Point Hastanesi, ek evrak ve malumat (Nüfus cüzdanı veya sürücü belgesi sureti gibi) talep etme hakkını saklı tutar.

Form kapsamında iletmekte olduğunuz taleplerinize ilişkin bilgilerin doğru ve güncel olmaması ya da yetkisiz bir başvuru yapılması halinde, söz konusu yanlış bilgi ya da yetkisiz başvuru kaynaklı taleplerden veya belirttiğiniz adreslere cevaplarımızın gönderimi sırasında oluşabilecek aksaklıklardan dolayı Medical Point Hastanesi sorumluluk kabul etmemektedir.

**Hastane tarafından doldurulacaktır.**

Tarih: ..... / ..... / .....

Teslim Alanın Adı Soyadı: ..... İmza: .....