



## KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU UYARINCA BAŞVURU FORMU

### A. Başvuruda bulunan veri sahibinin iletişim bilgileri:

Adı Soyadı : .....

T.C. Kimlik No : .....

Telefon Numarası : .....

E-posta Adresi : .....

Adres : .....

### B. Başvuruyu veri sahibi adına yapan yetkili kişinin iletişim bilgileri: (Bu bölüm eğer veri sahibi kişi ile başvuru yapan kişi farklı ise doldurulacaktır)

Adı Soyadı : .....

T.C. Kimlik No : ..... / ..... / .....

Telefon Numarası : .....

E-posta Adresi : .....

Adres : .....

Yetki Belgesi : .....

### C. Lütfen Hastane ile olan ilişkinizi belirtiniz. (Hasta, hasta yakını, çalışan, eski çalışan, stajyer, kursiyer, üçüncü taraf, firma çalışanı)

Hastanede sağlık hizmeti alanlar dolduracaktır

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

Hizmet Alınan Sağlık Birimleri:

.....

.....

Hastanede çalışanlar, stajyerler, kursiyerler dolduracaktır.

Mevcut Çalışanıyım  Eski Çalışanıyım  Stajyer/Kursiyer  Diğer:

.....

.....

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

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

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

- Adresime gönderilmesini istiyorum.  E-posta adresime gönderilmesini istiyorum.
- Elden teslim almak istiyorum. (Vekâleten temsil alınması durumunda vekâletname veya yetkili kişinin yetkisini gösterir belgenin olması gerekmektedir.)

**F. Açıklama**

Bu formu doldurarak, imzalı bir örneğini 19 Mayıs Mah. Büyükdere Cad. No:18 Şişli/İstanbul adresine bizzat teslim edebilir, noter kanalıyla gönderebilir veya [fransizlape@hs02.kep.tr](mailto:fransizlape@hs02.kep.tr) adresine güvenli elektronik imzalı olarak iletebilirsiniz. Doldurmuş olduğunuz bu başvuru formu, Hastane ile olan ilişkinizi tespit ederek, varsa, Hastane tarafından işlenen kişisel verilerinizle ilgili olarak eksiksiz ve isabetli olarak ilgili başvurunuza 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 Hastane, 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, söz konusu yanlış bilgi ya da yetkisiz başvuru kaynaklı taleplerden veya belirttiğiniz adreslere cevaplarımızın gönderimi sırasında oluşabilecek aksaklıklardan dolayı Hastane sorumluluk kabul etmemektedir.

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

Başvuranın Adı Soyadı : .....

İmzası : .....

Hastane tarafından doldurulacaktır

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

Teslim Alanın Adı Soyadı : .....

İmzası : .....