|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **I. Başvuru Sahibi Bilgileri** | T.C. Kimlik No |  |
| Ad Soyad |  |
| Doğum Tarihi |  |
| Telefon No |  |
| Adres |  |
| □ | Veri sahibiyim (kendi verilerimi talep ediyorum) |  |  |
|  | Veri sahibi yakınıyım (Yakınıma ilişkin verileri talep ediyorum) |  |  |
| □ | Yakınlık derecesi\* belirtiniz:\* Yasal temsilci iseniz ilgili kararı ek olarak iletiniz. |  |  |
| *Not: Kişisel verilerinizin güvenliğini sağlamak amacıyla kimlik tespiti için ek evrak (Nüfus Cüzdanı vb) talep edilebilir.* |
|  | Lütfen aşağıdaki seçeneklerden kurumumuzla olan ilginize uygun olanı işaretleyiniz. |
| □ | Hasta/ Hasta Yakını | □ | Çalışan/ Eski Çalışan/ Aday | □ | Tedarikçi/ Firma Çalışanı |
| **II.** | **Hastalarımız için** | **Çalışanlarımız için** | **Tedarikçilerimiz için** |
| **Kurumla****İlişki Bilgisi** | En son hizmet alınan birim; | Durum; |  | Çalıştığınız firma adı; |
|  |  | □ Mevcut Çalışan □ Eski Çalışan □ Aday |  |
| Son başvuru tarihi; |  | Çalışma dönemi (yıl); | Firmanızdaki pozisyonunuz; |
|  |  | Adaylar için başvuru yılı; |  |
| **III. Talebe İlişkin Bilgi** | *Lütfen talep ettiğiniz kişisel veriye ilişkin bir açıklama yapınız ve verinin konumuna dair sahip olduğunuz herhangi bir bilgi var ise paylaşınız (örneğin kurumumuz hizmet alınan hastaneyi, çalışıyorsanız departmanınızı, iletişimde**bulunduğunuz kişileri uygun olduğu ölçüde açıklayınız).* |
| *Lütfen talebinize vereceğimiz yanıt için gönderim yöntemini seçiniz* |  |  |
| □ | I. Bölümde belirttiğimadresime gönderim istiyorum | □ | E-posta adresime gönderim istiyorumBelirtiniz: ……………………. | □ | Bizzat başvurarak elden teslim almak istiyorum |

|  |  |
| --- | --- |
| **Talep Eden Tarafından Doldurulacak** | **Kurum Tarafından Doldurulacak** |
| Talep Tarihi |  | Teslim Alma Tarihi |  |
| Talep Eden Ad Soyad - İmza | Teslim Alan Ad Soyad - İmza |

**Açıklama:** Kişisel verilerinizle ilgili taleplerinizi bu formu doldurarak, veri sorumlusu sıfatı ile işlendiği ölçüde 6698 sayılı KVKK’nın 11.maddesi gereği Hacıveliler Mahallesi Merkez Sokak No:2, 07350 Kumluca/Antalya adresine yazılı olarak posta yoluyla gönderebilir, elden teslim edebilir, noter kanalıyla gönderebilir,  medikumozelsaglik@hs01.kep.tr adresine güvenli elektronik imza, mobil imza, kayıtlı elektronil posta (KEP) ya da kurumumuza daha önce ilettiğiniz sistemimizde kayıtlı elektronik posta adresiniz ile info@medikumhastanesi.com.tr adresine iletebilirsiniz. Bu formda belirttiğiniz bilgi ve belgeler kurumumuz ile ilişkinizi doğru bir şekilde tespit etmek ve size kanuni süre içerisinde eksiksiz yanıt verebilmek için talep edilmektedir.