|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 belirttiğim  adresime gönderim istiyorum | | □ | E-posta adresime gönderim istiyorum  Belirtiniz: ……………………. | □ | 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](mailto:mlpsaglik@hs03.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.