

Doküman Kodu: MD.DA.FR.05	Yayın Tarihi: 16.01.2020	Revizyon No: 01	Revizyon Tarihi: 22.10.2020	Sayfa No / Sayfa Sayısı: 1/1
---------------------------	--------------------------	-----------------	-----------------------------	------------------------------

I. Başvuru Sahibi Bilgileri	T.C. Kimlik No		
	Ad Soyad		
	Doğum Tarihi		
	Cep Telefon No		
	Adres		
	<input type="checkbox"/> Veri sahibiyim (kendi verilerimi talep ediyorum)		
<input type="checkbox"/> Veri sahibi yakınıyım (Yakınıma (1. derece yakını / yasal temsilcisi) ilişkin verileri talep ediyorum) * Yasal temsilci iseniz ilgili kararı ek olarak iletiniz.			
II. Kurumla İlişki Bilgisi	Lütfen aşağıdaki seçeneklerden kurumumuzla olan ilginize uygun olanı işaretleyiniz.		
	<input type="checkbox"/> Hasta / Hasta Yakını <input type="checkbox"/> Çalışan / Eski Çalışan / Aday <input type="checkbox"/> Tedarikçi / Firma Çalışanı		
	Hastalarımız için En son hizmet alınan birim: Son başvuru tarihi:	Çalışanlarımız için Durum: <input type="checkbox"/> Mevcut Çalışan <input type="checkbox"/> Eski Çalışan <input type="checkbox"/> Aday Çalışma dönemi (yıl): Adaylar için başvuru yılı:	Tedarikçilerimiz için Çalıştığınız firma adı: Firmanızdaki pozisyonunuz:
	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, iletişimimde bulunduğunuz kişileri uygun olduğu ölçüde açıklayınız).		
III. Talebe İlişkin Bilgi	Lütfen talebinize vereceğimiz yanıt için gönderim yöntemi seçiniz.		
	<input type="checkbox"/> Adresime gönderim istiyorum <input type="checkbox"/> E-posta adresime gönderim istiyorum <input type="checkbox"/> 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 Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun (KVKK) 11. maddesinde sayılan haklarınız kapsamındaki taleplerinizi bu formu doldurarak, KVKK'nın 13. maddesi gereği Naci Kasım Sokak No:2/3 Bahçelievler / İstanbul adresine elden teslim edebilir veya noter kanalıyla gönderebilirsiniz. Kişisel verilerinizin güvenliğini sağlamak amacıyla kimlik tespiti için ek evrak (Nüfus Cüzdanı vb.) talep edilebilir. 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. İletmekte 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 MosDent Diş Hastanesi A.Ş. sorumluluk kabul etmemektedir.