Tarih:…./…./……

**MK DENTAL CENTER KVKK BAŞVURU FORMU**

6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu’nda (“KVK Kanunu”) ilgili kişi olarak tanımlanan kişisel veri sahiplerine (Bundan sonra “Başvuru Sahibi” olarak anılacaktır), KVK Kanunu’un 11. maddesinde kişisel verilerinin işlenmesine ilişkin birtakım taleplerde bulunma hakkı tanınmıştır.

KVK Kanunu’nun 13. maddesinin birinci fıkrası uyarınca; veri sorumlusu olan Şirketimize bu haklara ilişkin olarak yapılacak başvuruların yazılı olarak veya Kişisel Verilerin Korunması Kurulu (“Kurul”) tarafından belirlenen diğer yöntemlerle tarafımıza iletilmesi gerekmektedir.

Bu çerçevede “yazılı” olarak tarafımıza yapılacak başvurular, iş bu formun çıktısı alınarak;

* Başvuru Sahibi’nin şahsen yazılı başvurusu ile,
* Noter vasıtasıyla iletilebilir.

Aşağıda yazılı başvuruların ne şekilde tarafımıza ulaştırılacağına ilişkin yazılı başvuru kanalları özelinde bilgiler verilmektedir.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Başvuru Yöntemi | Başvurunun Yapılacağı Adres | Başvuru Gönderiminde Belirtilecek Bilgi |
| Şahsen başvuru (Başvuru sahibinin bizzat gelerek kimliğini tevsik edici belge ile başvurması) | Alacaatlı mahallesi 3346.cadde Odak iş merkezi 60/32 Çankaya Ankara | Zarfın üzerine “Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamında Bilgi Talebi” yazılacaktır. |
| Noter vasıtasıyla tebligat | Alacaatlı mahallesi 3346.cadde Odak iş merkezi 60/32 Çankaya Ankara | Tebligat zarfına “Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamında Bilgi Talebi” yazılacaktır. |

Tarafımıza iletilmiş olan başvurularınız KVK Kanunu’nun 13. maddesinin 2. fıkrası gereğince, talebin niteliğine göre talebinizin bizlere ulaştığı tarihten itibaren otuz gün içinde yanıtlandırılacaktır. Yanıtlarımız KVK Kanunu’nun 13. maddesi hükmü gereğince yazılı veya elektronik ortamdan tarafınıza ulaştırılacaktır.

Tarih:…../……/……

**MK DENTAL CENTER**

**KVKK BAŞVURU FORMU**

1. Başvuru Sahibi İletişim Bilgileri

|  |  |
| --- | --- |
|  İsim: |  |
|  Soy İsim: |  |
| TC Kimlik Numarası: |  |
| Telefon Numarası: |  |
|  E-PostaE-posta: |  |
| Adres: |  |
|  |
|  |

B. Lütfen tarafımızla ile olan ilişkinizi belirtiniz.

|  |  |
| --- | --- |
| * Hasta
* Tedarikçi
 | * Personel
* Diğer:
 |
| Kurumumuz içerisinde iletişimde olduğunuz Birim: ....................................................................................  |
| Konu:.................................................................................................................................................................. |

 Tarih:…../…../……

 MK DENTAL CENTER

 KVKK BAŞVURU FORMU

C. Lütfen KVK Kanunu kapsamındaki talebinizi detaylı olarak belirtiniz:

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

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

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

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

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

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

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

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

Başvuru Sahibi (Kişisel Veri Sahibi) Adı : Soyadı :

Adresi :

Başvuru Tarihi :

İmza :

D. Lütfen başvurunuza vereceğimiz yanıtın tarafınıza bildirilme yöntemini seçiniz:

* Adresime gönderilmesini istiyorum. (Bu durumda adres bilginizi yazmanız gerekmektedir.)
* Elden teslim almak istiyorum.

(Vekâleten teslim alınması durumunda noter tasdikli vekâletname veya yetki belgesi olması gerekmektedir.)

İşbu başvuru formu, Şirketimiz ile olan ilişkinizi tespit ederek, varsa, Şirketimiz tarafından işlenen kişisel verilerinizi eksiksiz olarak belirleyerek, ilgili başvurunuza doğru ve kanuni süresinde cevap verilebilmesi için tanzim edilmiştir. 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 Şirketimiz 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 Şirketimiz, söz konusu yanlış bilgi ya da yetkisiz başvuru kaynaklı taleplerden dolayı mesuliyet kabul etmemektedir.