

**ASV ÖZEL SAĞLIK ÖZEL EĞİTİM HİZMETLERİ TURİZM VE MEDİKAL TİC.LTD.ŞTİ.**  
**(Özel Markasya Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği)**  
**İLGİLİ KİŞİ BAŞVURU FORMU**

6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (“KVKK” veya “Kanun”) kapsamında ilgili kişi olarak tanımlanan kişisel veri sahiplerine veya bu kişilerin yasal temsilcilerine (“Başvuru Sahibi” veya “İlgili Kişi”), KVKK’nın 11’inci maddesinde kişisel verilerin işlenmesine ilişkin taleplerde bulunma hakları düzenlenmiştir.

KVKK’nın 13’üncü maddesinin birinci fıkrası uyarınca; veri sorumlusu olan ASV Özel Sağlık Özel Eğitim Hizmetleri Turizm ve Medikal Tic.Ltd.Şti.’ne bu haklara ilişkin olarak yapılacak başvuruların yazılı olarak veya Kişisel Verilerin Korunması Kurulu (“Kurul”) tarafından belirlenen diğer yöntemlerle iletilmesi gerekmektedir. Niteliğine göre talebiniz; **Veri Sorumlusuna ulaştığı tarihten itibaren en kısa sürede veya en geç otuz gün içinde cevaplandırılacaktır.** Ancak işlemin ayrıca bir maliyet gerektirmesi halinde Tebliğ’in 7.maddesi gereğince ücret alınabilir.

### **BAŞVURU YÖNTEMİ**

**Posta Yoluyla veya Şahsen Başvuru:** Başvuru Sahibi tarafından doldurulmuş ve imzalanmış başvuru formu ile kimliğini tevsik edici belgelerle birlikte “*Toros Mah. 805 Sk. Kurgu 1 Plaza No:14/1 Konyaaltı/Antalya*” adresine bizzat veya posta yoluyla başvurulabilir.

**Kayıtlı Elektronik Posta (KEP) Yoluyla Başvuru:** Başvuru Sahibi’nce 5070 Sayılı Elektronik İmza Kanunu’nda tanımlı olan “güvenli elektronik imza” ile imzalanarak ***asvsaglik@hs01.kep.tr*** adresine gönderilmek suretiyle başvuru yapılabilir.

**Mobil İmza veya Güvenli Elektronik İmza Kullanılarak Elektronik Posta Yoluyla Başvuru:** Başvuru Sahibi’nce mobil imza veya güvenli elektronik imza ile imzalanmış bir dilekçe veya dilerse “Başvuru Formu” doldurulması suretiyle ***info@markasyadis.com*** adresine e-posta gönderilerek başvuru yapılabilir.

Ayrıca Noter veya hukuken geçerli ve kimliği doğrulama imkanı sağlayan yöntemlerle de başvuru yapılabilir.

### **BAŞVURU FORMU**

Adınız/Soyadınız	
TC Kimlik Numaranız	
Pasaport no/Yabancı kimlik no	
İrtibat Numaranız	
E-Posta Adresiniz	
Fax	
Kep adresiniz	
Posta Adresiniz	

## KLİNİĞİMİZ İLE İLİŞKİNİZ

<input type="checkbox"/> Hasta <input type="checkbox"/> Hasta Yakını <input type="checkbox"/> Hasta Velisi/Vasisi <input type="checkbox"/> Çalışan <input type="checkbox"/> Tedarikçi Yetkilisi	<input type="checkbox"/> Tedarikçi Çalışanı <input type="checkbox"/> İş Ortağı <input type="checkbox"/> Diğer:.....
---	---

Kliniğimizde iletişimde olduğunuz birim:..... Konu:..... ..... .....
---

## BAŞVURU KAPSAMINDA İLETİLECEK TALEP KONUSU

- Kişisel verilerimin işlenip işlenmediğini öğrenmek istiyorum.
- Kişisel verilerim işlenmişse buna ilişkin bilgi talep ediyorum.
- Kişisel verilerimin işlenme amacını ve bunların amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenmek istiyorum.
- Kişisel verilerimin yurt içinde veya yurt dışında aktarıldığı üçüncü kişileri öğrenmek istiyorum.
- Kanunen öngörülen şartlar çerçevesinde kişisel verilerimin silinmesini veya yok edilmesini veya anonimleştirilmesini istiyorum.
- Kişisel verilerimin eksik veya yanlış işlenmiş olması nedeniyle bunların düzeltilmesini istiyorum. (Lütfen açıklama kısmına düzeltilmesini istediğiniz kişisel veriniz ile ilgili detaylı bilgi veriniz)
- Talebim üzerine kişisel verilerimde değişiklik yapılması halinde, kişisel verilerimin aktarıldığı üçüncü kişilere bunun bildirilmesini istiyorum.
- Kişisel verilerimin kanuna aykırı olarak işlenmesi sebebiyle uğradığım zararın giderilmesini talep ediyorum. (Lütfen zararınızın hangi veri işleme faaliyeti sonucunda, ne zaman ve nasıl ortaya çıktığı hakkında açıklama bölümünde detaylı bilgi veriniz.)

## TALEBİNİZ

Lütfen 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamındaki talebinizi detaylı olarak yandaki alana belirtiniz.	
--	--

## BAŞVURUNUZA VERECEĞİMİZ YANITIN TARAFINIZA BİLDİRİLME YÖNTEMİNİ SEÇİNİZ

Adresime gönderilmesini istiyorum. (Başvuruda belirtilen adrese yapılacak olan gönderim ile)	
E-posta adresime gönderilmesini istiyorum.	
Elden teslim almak istiyorum. (Vekaleten teslim alınması durumunda noter tasdikli vekaletname veya yetki belgesi olması gerekmektedir.)	

(Herhangi bir cevap yöntemi tercih edilmemesi halinde başvuru ileildiği usul ile cevaplandırılacaktır.)

(E-posta yöntemini seçmeniz hâlinde size daha hızlı yanıt verebileceğiz.)

İşbu başvuru formu; taleplerinize doğru, eksiksiz şekilde ve kanunda belirtilen sürede cevap verilebilmesi için düzenlenmiştir. Veri sorumlusu olarak yetkisiz kişilerin başvuruda bulunarak kişisel verilere yetkisiz şekilde erişmesini engellemek ve kişisel verilerinizin güvenliğinin sağlanması amacıyla, kimlik ve yetki tespiti için ek evrak ve bilgi (Nüfus cüzdanı veya sürücü belgesi sureti vb.) talep etme hakkımızı saklı tutarız. Form kapsamında iletmekte olduğunuz taleplerinize ilişkin bilgilerin doğru ve güncel olmaması, yanlış/yanıltıcı bilgilerle ya da yetkisiz başvuru yapılması halinde başvurunuz reddedilecek ve usulsüz işlem yapan kişi hakkında yasal yollara başvurulacaktır.

Şirketimizin Kişisel Veri Sahibi Başvuru Forumu'nun değerlendirebilmesi için ek bilgi ve talep hakkı saklıdır.

Veri silme talepleri yerine getirildiğinde dahi resmi makamlar tarafından talep edildiği takdirde verileri resmi makamlarla paylaşmakla yükümlü olduğumuzu bilgilerinize sunarız.

İşbu Kişisel Veri Sahibi Başvuru Forumu'nda yer alan bilgilerin doğru ve güncel olduğunu beyan ve taahhüt ederim:

Adınız/Soyadınız	
Tarih	
İmzanız	

Başvuru sahibiyle ilişkinize ilişkin bilgiler ve/veya yetkinizi gösteren vekaletname, nüfus kayıt örneği ya da ilgili belgeyi başvurunuzla ekleyerek gönderiniz