

KİŞİSEL VERİLERİ KORUMA KANUNU BAŞVURU FORMU

Doküman No:	KVKK-09
İlk Yayın Tarihi	25.02.2021
Revizyon Tarihi / No	06.08.2021 - 1 13.06.2022 - 2
Sayfa No	1/2

KİŞİSEL VERİLERİ KORUMA KANUNU BAŞVURU FORMU

Başvuru Sahibi İletişim Bilgileri

Adı:		Soyadı:	
T.C. Kimlik Numarası:		Cep Telefonu:	
E-Posta Adresi: (Belirttiğiniz takdirde size daha hızlı geri dönüş sağlayacağız)		Ev Telefonu:	
Adres:			

Lütfen Dr. Filiz ALTIOĞLU ÇİĞ Muayenehanesi İle İlişkinizi Belirtiniz:

(Müşteri, iş ortağı, çalışan adayı, eski çalışan, üçüncü taraf firma çalışanı, hissedar vb gibi)

1	<input type="checkbox"/> Ürün veya Hizmet Alan Kişi (İşlem, Uygulama Yaptıran, Tedavi Gören Kişi) <input type="checkbox"/> Çalışan / Eski Çalışan <input type="checkbox"/> Ziyaretçi <input type="checkbox"/> Tedarikçi Yetkilisi <input type="checkbox"/> Tedarikçi Çalışanı <input type="checkbox"/> Aday Çalışan / Aday Stajyer <input type="checkbox"/> İş Ortağı <input type="checkbox"/> Hasta (Potansiyel Ürün veya Hizmet Alıcısı) Kişi <input type="checkbox"/> Çevirim İçi Ziyaretçi <input type="checkbox"/> Diğer.....
2	Şirket ile iletişimde olduğunuz; Kişi : Konu:
3	<input type="checkbox"/> Mevcut Çalışanım: <input type="checkbox"/> Eski Çalışanım: İşe Giriş Tarihi: İşten Çıkış Tarihi: <input type="checkbox"/> İş Başvurusu / Özgeçmiş Paylaşımı Yaptım (Tarih.....) <input type="checkbox"/> Üçüncü Kişi Firma Çalışanıyım (Lütfen çalıştığınız firma ve pozisyon bilgisini belirtiniz.....) <input type="checkbox"/> İSG Uzmanı / İşyeri Hekimi (Firma İsmi:.....) <input type="checkbox"/> Danışman (Firma İsmi:.....) <input type="checkbox"/> Yetkili Servis Çalışanı (Firma İsmi:.....) <input type="checkbox"/> Diğer (Firma İsmi:.....)

Lütfen KVK Kanunu kapsamındaki isteminizi detaylı olarak belirtiniz.

Lütfen başvuruza vereceğimiz yanıtın tarafınıza bildirilme yöntemini seçiniz:

- Adresime gönderilmesini istiyorum.
- E-posta adresime gönderilmesini istiyorum.
- Elden teslim almak istiyorum. (Vekâleten teslim alınması durumunda noter tasdikli vekâletname veya yetki belgesi olması gerekmektedir.)

İşbu başvuru formu, Dr. Filiz ALTIOĞLU ÇIĞ Muayenehanesi ile olan ilişkinizi tespit ederek, varsa, Dr. Filiz ALTIOĞLU ÇIĞ Muayenehanesi tarafından işlenen kişisel verilerinizi eksiksiz olarak belirleyerek, ilgili başvuruza 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 Dr. Filiz ALTIOĞLU ÇIĞ Muayenehanesi 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 Dr. Filiz ALTIOĞLU ÇIĞ Muayenehanesi söz konusu yanlış bilgi ya da yetkisiz başvuru kaynaklı taleplerden dolayı sorumluluk kabul etmemektedir.

Başvuru Sahibi (Kişisel Veri Sahibi) nin;

Adı Soyadı:

Başvuru Tarihi:

İmza: