

| | | | | |
|---------------|---------------|--------------|--------------------|------------------------------|
| DÖKÜMAN KODU: | Yayın Tarihi: | Revizyon No: | Revizyon Tarihi: - | 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 | Çalışanlarımız için | Tedarikçilerimiz için |
| | En son hizmet alınan birim: Son başvuru tarihi: | Durum; <input type="checkbox"/> Mevcut Çalışan <input type="checkbox"/> Eski Çalışan <input type="checkbox"/> Aday Çalışma dönemi (yıl) Adaylar için başvuru yılı: | Çalıştığınız firma adı: Firmanızdaki pozisyonunuz: |
| 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. <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'nun 13. maddesi gereği Yeni Doğan Mah. Abdi İpekçi Cad. No:89/1 Bayrampaşa/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 Göz Vakfı sorumluluk kabul etmemektedir.