

BAŞVURU FORMU

A. İLGİLİ KİŞİNİN HAKLARI

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun 11. Maddesi ve ilgili mevzuat kapsamında herkes, veri sorumlusu sıfatını haiz Muayenehanemize aşağıdaki hususlarda başvurma hakkına sahiptir:

- a) Kişisel veri işlenip işlenmediğini öğrenme,
- b) Kişisel verileri işlenmişse buna ilişkin bilgi talep etme,
- c) Kişisel verilerin işlenme amacını ve bunların amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenme,
- ç) Yurt içinde veya yurt dışında kişisel verilerin aktarıldığı üçüncü kişileri bilme,
- d) Kişisel verilerin eksik veya yanlış işlenmiş olması hâlinde bunların düzeltilmesini isteme,
- e) 6698 sayılı Kanun'un 7 nci maddesinde öngörülen şartlar çerçevesinde kişisel verilerin silinmesini veya yok edilmesini isteme,
- f) (d) ve (e) bentleri uyarınca yapılan işlemlerin, kişisel verilerin aktarıldığı üçüncü kişilere bildirilmesini isteme,
- g) İşlenen verilerin münhasıran otomatik sistemler vasıtasıyla analiz edilmesi suretiyle kişinin kendisi aleyhine bir sonucun ortaya çıkmasına itiraz etme,
- ğ) Kişisel verilerin kanuna aykırı olarak işlenmesi sebebiyle zarara uğraması hâlinde zararın giderilmesini talep etme, haklarına sahiptir.

B. İLGİLİ KİŞİNİN VERİ SORUMLUSUNA BAŞVURU USUL VE ESASLARI

KVKK'nın 13. maddesinin 1. fıkrası uyarınca ve 10.3.2018 tarih ve 30356 sayılı Resmi Gazetede Yayınlanan Veri Sorumlusuna Başvuru Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ kapsamında; veri sorumlusu olan Merkezimize bu haklara ilişkin olarak yapılacak başvuruların aşağıdaki belirtilen veya Kişisel Verilerin Korunması Kurulu ("**Kurul**") tarafından belirlenen diğer yöntemlerden biriyle tarafımıza iletilmesi gerekmektedir.

Kişisel veri sahibi "İlgili Kişi", 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu madde 11 ve ilgili mevzuat uyarınca sahip olduğu tüm haklarını kullanmak amacıyla,

- Yazılı olarak,
- Güvenli elektronik imza ile,
- Kayıtlı Elektronik Posta (KEP) adresi ile,
- Mobil imza ile,
- İlgili kişi tarafından veri sorumlusuna daha önce bildirilen ve veri sorumlusunun sisteminde kayıtlı olan e-posta adresinden gönderilmek suretiyle,

Başvurabilir.

Başvuruda aşağıda yer verilen hususların bulunması zorunludur:

- Ad, soy ad ve başvuru yazılı ise imza,
- Türkiye Cumhuriyeti vatandaşları için T.C. kimlik numarası, yabancılar için uyruğu, pasaport numarası veya varsa kimlik numarası,
- Tebligata esas yerleşim yeri veya iş yeri adresi,
- Varsa bildirim esas elektronik posta adresi, telefon ve faks numarası,
- Talep konusu.

Konuya ilişkin bilgi ve belgeler mevcutsa başvuruya eklenir.

Yazılı başvurularda, veri sorumlusuna veya temsilcisine evrakın tebliğ edildiği tarih, başvuru tarihi olarak esas alınacaktır.

Diğer yöntemlerle yapılan başvurularda; başvurunun veri sorumlusuna ulaştığı tarih, başvuru tarihi olarak esas alınacaktır.

Başvuru talebin niteliğine göre en kısa sürede ve en geç otuz gün içinde ücretsiz olarak sonuçlandırılacaktır. Ancak, işlemin ayrıca bir maliyeti gerektirmesi hâlinde, Kurulca belirlenen tarifedeki ücret alınabilir.

Başvurular, kişinin kendisi tarafından yapılmalıdır. Bir başkası adına başvuru ancak KVKK kapsamında bilgi talep etme içeriğini haiz olması koşulu ile vekaletname ibraz edilmek suretiyle yapılabilir. Merkezimiz, başvuru sahibinin kimliğinden şüphelenirse buna ilişkin doğrulama bilgilerini ilgili kişiden talep edebilir.

İLETİŞİM BİLGİLERİ

Unvan: Op.Dr. İbrahim Gökhan Çiragil Özel Muayenehane (Kadın Hastalıkları ve Doğum Infertilite ve Tüp Bebek Uzmanı)

Adres: Reşatbey Mah. Atatürk Cad. GEN İş Merkezi Kat:2 No:6 01120 Seyhan/Adana

İletişim Linki ve e-mail adresi: <https://gokhanciragiltupbebek.com/> / ciragilgokhan@gmail.com

Ad – Soy Ad		
T.C. Kimlik No Yabancılar için Uyruk ve Pasaport No		
Tebliğat Adresi		
Telefon		
E-Posta Adresi veya Kayıtlı E-Posta Adresi		
Başvuru Tarihi		
Muayenehanemiz ile olan İlişkiniz	<input type="checkbox"/> Çalışan	<input type="checkbox"/> Hasta
	<input type="checkbox"/> Çalışan Adayı İş Başvuru Tarihiniz:	<input type="checkbox"/> İş Ortağı
	<input type="checkbox"/> Eski Çalışan Çalıştığınız Yıllar:	<input type="checkbox"/> Diğer:
Muayenehanemiz İletişimde Olduğunuz Kişi		
Talep Konusu		
Başvurunun Yanıtlanmasında Kullanılmasını İsteddiğiniz Yöntem	<input type="checkbox"/> Adresime gönderilmesini istiyorum.	
	<input type="checkbox"/> E-posta yoluyla iletişime geçilmesini istiyorum.	
	<input type="checkbox"/> Elden teslim almak istiyorum.	

İlgili kişi işbu başvuruda tarafımıza sağlamış olduğu belge ve bilgilerin doğru ve güncel olduğunu beyan ve taahhüt eder. Merkezimiz başvuru formunda sağlamış olduğunuz bilgi ve belgeler, yapmış olduğunuz başvurunun değerlendirilmesi, cevaplandırılması, başvurunun tarafınıza ulaştırılması, kimliğin ve adresin tespiti amaçlarıyla sınırlı olarak KVKK kapsamında işlenmekte ve koruma altına alınmaktadır.

İmza:

Tarih: