**EK-7**

**VERİ SAHİBİ BAŞVURU FORMU**

**GENEL AÇIKLAMALAR**

1. 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu’nda (“**Kanun**”) ilgili kişi olarak tanımlanan kişisel veri sahiplerine (“**Başvuru Sahibi**”), Kanun’un 11. maddesinde kişisel verilerinin işlenmesine ilişkin veri sorumlularına birtakım talepleri yöneltme hakkı tanınmıştır.
2. Kanun’un 13. maddesinin birinci fıkrası uyarınca veri sorumlusu olan şekilde (“**KLİNİK**”) bu haklara ilişkin olarak yapılacak başvuruların yazılı olarak iletilmesi gerekmektedir.
3. Bu kapsamda “yazılı” olarak KLİNİK’e yapılacak başvurular, işbu form doldurularak;
4. Islak imzalı bir nüshasının bizzat elden, noter aracılığıyla, iadeli taahhütlü mektupla veya şahsi başvurunuzla şekilde “, Küçükbakkalköy Mh. Dudullu Cd. No:23-25B Brandium Residence R2 Blok Kat:10 Daire:97-98, 34788 Ataşehir/İstanbul” adresine iletilmesi,
5. Elektronik ortamda doldurduğunuz başvuru formunu mobil imzanızla, güvenli elektronik imzanızla imzaladıktan sonra KEP adresinizi veya KLİNİK’in veri kayıt sisteminde halihazırda kayıtlı olan e-posta adresinizi kullanarak info@orhanucal.com adresine, iletilebilecektir.
6. Kurul tarafından başkaca başvuru yöntemi belirlenerek duyurusu yapılırsa, bu yöntemlerle ilgili duyurular KLİNİK’in internet sitesi üzerinden yapılacaktır.
7. KLİNİK’e iletilmiş olan başvurularınız Kanun’un 13. maddesinin 2. fıkrası gereğince, talebin niteliğine göre, talebinizin KLİNİK’e ulaştığı tarihten itibaren 30 (otuz) gün içerisinde yanıtlanacaktır. KLİNİK’in vermiş olduğu yanıtlar yine Kanun’un 13. maddesi gereğince tarafınıza yazılı veya elektronik ortam üzerinden ulaştırılacaktır.
8. Başvurunuzun ek bir maliyet gerektirmesi durumunda, Kişisel Verileri Koruma Kurulu tarafından çıkarılan Veri Sorumlusuna Başvuru Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ ile belirlenen ücreti ödemeniz gerekecektir. Başvurunuza yazılı cevap verilmesi halinde ilk 10 (on) sayfaya kadar ücret alınmayacak, 10 (on) sayfanın üzerindeki her sayfa için 1 TL işlem ücreti alınacaktır. Başvurunuza verilecek cevabın CD, flash bellek gibi bir kayıt ortamında verilmesi halinde ise, kayıt ortamının maliyeti kadar ücret tarafınıza yansıtılacaktır.
9. KLİNİK’in başvuru usullerine ilişkin Kurul kararı veya ileride çıkarılacak yasal düzenlemelere yönelik değişiklik yapma hakkı saklıdır.

**A. Başvuru Sahibine Ait İletişim Bilgileri**

|  |  |
| --- | --- |
| **İsim:** |  |
| **Soy İsim:** |  |
| **T.C. Kimlik No:** |  |
| **Telefon No:** |  |
| **E-posta:** |  |
| **Adres:** |  |
|  |
|  |

**B. Başvuru Sahibinin KLİNİK ile Olan İlişkisi**

Lütfen KLİNİK ile olan ilişkinizi belirtiniz. (Hasta, iş ortağı, çalışan adayı, eski çalışan, üçüncü taraf firma çalışanı vb.)

|  |  |
| --- | --- |
|  Hasta Çalışan Adayı Eski Çalışan |  İş Ortağı Üçüncü Taraf Firma Çalışanı Diğer:……………………………………....………………………………………………… |
| KLİNİK içerisinde kişisel verilerinizi toplayan Birim *(Belirtilmesi zorunlu olmamakla birlikte, belirtmeniz halinde başvurunuz daha hızlı sonuçlandırılabilecektir.)*: …………………….........................................................................................................………………………………………………………………………………………………… |
| *\*\*\*Eski çalışansanız lütfen aşağıdaki kısımları doldurunuz*Çalıştığınız yıllar:…………..……………………………...Çalıştığınız birim:…………..……………………………... | *\*\*\*Çalışan adayıysanız lütfen aşağıdaki kısımları doldurunuz*İş başvurusunda bulunduğunuz tarih:………...……………………………..İş başvurusunun yapılış şekli:………………………..……………………………... | *\*\*\*Üçüncü taraf firma çalışanıysanız lütfen aşağıdaki kısımları doldurunuz*Çalıştığınız firmanın unvanı:………………………………………………………Çalıştığınız pozisyon:……….……………………………….……………………………… |

**C. Kanun Kapsamındaki Talebinize İlişkin Detaylar**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………….

**D. Başvurunuza Verilecek Yanıtın Tarafınıza Bildirilmesi İçin Seçilecek Yöntem**

Adresime gönderilmesini istiyorum

 E-posta adresime gönderilmesini istiyorum

 *(e-posta yönteminin seçilmesi halinde tarafınıza daha hızlı yanıt verilecektir.)*

 Elden teslim almak istiyorum

 *(vekaleten teslim alınması durumunda noter tasdikli vekaletnamenin veya yetki*

 *belgesinin ibraz edilmesi zorunludur.)*

İşbu form, KLİNİK ile olan ilişkinizi tespit ederek, varsa, Kurumumuz tarafından işlenen kişisel verilerinizi eksiksiz olarak belirleyerek, ilgili başvurunuza doğru ve kanuni süresinde cevap verilebilmesi için tanzim edilmiştir. Hukuka aykırı ve haksız şekilde veri paylaşımından kaynaklanabilecek hukuki risklerin bertaraf edilmesi ve özellikle kişisel verilerinizin güvenliğinin sağlanması amacıyla, kimlik ve yetki tespiti için KLİNİK tarafından ek evrak ve malumat (Nüfus cüzdanı, pasaport veya sürücü belgesi sureti vb.) talep etme hakkı saklı tutulmaktadır. Form kapsamında iletmiş olduğunuz taleplerinize ilişkin bilgilerin doğru ve güncel olmaması ya da yetkisiz bir başvuru yapılması halinde KLİNİK, söz konusu yanlış bilgi ya da yetkisiz başvurudan kaynaklı taleplerden dolayı mesuliyet kabul etmemektedir.

**Başvuru Sahibi (Kişisel Veri Sahibi)**

**Adı soyadı :**

**Başvuru tarihi :**

**İmza :**