

ÖZEL KARTAL AVİCENNA HASTANESİ KİŞİSEL VERİLERİN İŞLENMESİNE İLİŞKİN BAŞVURU FORMU

Genel Açıklamalar:

6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nda ("KVK Kanunu") ilgili kişi olarak tanımlanan kişisel veri sahiplerine ("Başvuru Sahibi"), KVK Kanunu'nun 11'inci maddesinde kişisel verilerinin işlenmesine ilişkin birtakım taleplerde bulunma hakkı tanınmıştır.

KVK Kanunu'nun 13'üncü maddesinin birinci fıkrası uyarınca; veri sorumlusu olan Özel Kartal Avicenna Hastanesi'ne ("Hastane") bu haklara ilişkin olarak yapılacak başvuruların yazılı olarak veya Kişisel Verilerin Korunması Kurulu ("Kurul") tarafından belirlenen diğer yöntemlerle tarafımıza iletilmesi gerekmektedir.

Bu çerçevede "**yazılı**" ve "**Türkçe**" olarak Hastane'mize yapılacak başvurular, işbu formun çıktısı alınarak;

Başvuru sahibinin şahsen başvurusu ile,
Noter vasıtasıyla,

Başvuru sahibince 5070 Sayılı Elektronik İmza Kanununda tanımlı olan "güvenli elektronik imza" ile imzalanarak Hastane'nin Kayıtlı Elektronik Posta ("KEP") adresine gönderilmek suretiyle, tarafımıza iletilebilecektir.

Aşağıda, yazılı başvuruların ne şekilde tarafımıza ulaştırılacağına ilişkin yazılı başvuru kanalları özelinde bilgiler verilmektedir.

Başvuru Yöntemi	Başvurunun Yapılacağı Adres	Başvuru Gönderiminde Belirtilecek Bilgi
Şahsen Başvuru (Başvuru sahibinin bizzat gelerek kimliğini gösterir belge ile başvurusu)	Petrol İş Mahallesi, Üsküdar Caddesi, No:45, Kartal/İstanbul	Zarfın üzerine "KVKK Kapsamında Başvuru" yazılacaktır.
Noter vasıtasıyla tebligat	Petrol İş Mahallesi, Üsküdar Caddesi, No:45, Kartal/İstanbul	Tebliğat zarfına "KVKK Kapsamında Başvuru" yazılacaktır.
"Güvenli elektronik imza" ile imzalanarak Kayıtlı Elektronik Posta (KEP) yoluyla	ensarsaglik@hs01.kep.tr	E-posta'nın konu kısmına "KVKK Kapsamında Başvurusu" yazılacaktır.

Henüz kurul tarafından başka bir başvuru yöntemi belirlenmediği için yapacağınız başvuruların yukarıda açıklanan yöntemlerden biriyle yapılması gerekmektedir. Kurul'un gelecek zamanlarda belirleyeceği diğer yöntemler duyurulduktan sonra bu yöntemler üzerinden de başvuruların ne şekilde yapılabileceği haricen duyurulacaktır.

Tarafımıza iletilmiş olan başvurularınız, KVK Kanunu'nun 13'üncü maddesinin 2'nci fıkrası uyarınca talebin niteliğine göre değişebilmekle birlikte en kısa sürede veya her halde talebinizin bizlere ulaştığı tarihten itibaren 30 (otuz) gün içinde yanıtlanır. Yanıtlarımız ilgili KVK Kanunu'nun 13'üncü maddesi hükmü gereğince yazılı veya elektronik ortamdan tarafınıza ulaştırılır.

Başvuru Sahibi iletişim bilgileri:

İsim:	
Soy isim:	
T.C. Kimlik Numarası:	
Telefon Numarası:	
E-posta: (Belirtmeniz halinde size daha hızlı yanıt verebileceğiz.)	
Adres:	

Lütfen Hastane ile olan ilişkinizi belirtiniz. (Personel, aday personel, eski personel, hasta, ziyaretçi, 3. taraf firma çalışanı vb.)

Personel Ziyaretçi	Hasta Diğer:
Hastane içerisinde iletişim halinde olduğunuz Birim: Konu:	

Lütfen KVK Kanunu kapsamındaki talebinizi detaylı olarak belirtiniz:

Lütfen varsa konuya ilişkin her türlü bilgi ve belgeyi başvurunuza ekleyiniz.

Lütfen başvurunuza vereceğimiz yanıtın tarafınıza bildirilme yöntemini seçiniz:

- Adresime gönderilmesini istiyorum.
 E-posta adresime gönderilmesini istiyorum.
(E-posta yöntemini seçmeniz hâlinde size daha hızlı yanıt verebileceğiz.)
 Elden teslim almak istiyorum.

(Vekâleten teslim alınması durumunda noter tasdikli vekâletname veya yetki belgesi olması gerekmektedir.)

İşbu başvuru formu, Hastane ile olan ilişkinizi tespit ederek, varsa Hastane tarafından işlenen kişisel verilerinizi eksiksiz olarak belirleyerek, ilgili başvurunuza doğru ve kanuni süresinde cevap verilebilmesi için hazırlanmıştır. 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 Hastanemiz 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 Hastane, söz konusu yanlış bilgi ya da yetkisiz başvuru kaynaklı taleplerden dolayı mesuliyet kabul etmemektedir.

Başvuru Sahibi;

Adı Soyadı :
Başvuru Tarihi :
İmza :