

1. GENEL

Siz veri sahipleri tarafından 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun ("KVKK") 11. ve 13'üncü maddeleri¹ uyarınca yapılacak başvuruları ivedilikle, etkin ve kapsamlı bir şekilde değerlendirebilmek ve çözümlenebilmek adına, işbu Başvuru Formu², veri sorumlusu sıfatıyla TOMKER SAĞLIK HİZMETLERİ A.Ş. (bundan böyle "Özel İrmet Hospital Hastanesi" veya "Hastane" olarak ifade edilecektir) tarafından hazırlanmıştır.

2. BAŞVURU YOLU

Siz veri sahipleri, KVKK' nın 11. ve 13. maddeleri uyarınca; veri sorumlusu sıfatı taşıyan Hastanemize, KVKK' nın uygulanmasıyla ilgili taleplerinizi yazılı olarak işbu formun doldurulması suretiyle veya Kurulun belirleyeceği diğer yöntemlerle:

- İşbu veri sahibi başvuru formunun imzalı bir kopyasını "Gaziosmanpaşa Mahallesi Namık Kemal Bulvarı No: 17-21 Çerkezköy/Tekirdağ" adresine şahsen başvurarak,
- İşbu veri sahibi başvuru formunun imzalı bir kopyasını Gaziosmanpaşa Mahallesi Namık Kemal Bulvarı No: 17-21 Çerkezköy/Tekirdağ adresine iadeli taahhütlü mektup yoluyla,
- İşbu veri sahibi başvuru formunun imzalı bir kopyasını tomkersaglik@hs06.kep.tr e-posta adresine elektronik imzalı olarak, iletebilirsiniz.

3. VERİ SAHİBİNE İLİŞKİN BİLGİLER

KVKK' nın ilgili maddesi uyarınca yapacağımız başvurunuzla ilgili olarak, sizleri tanıyabilmemiz ve hastane tarafından gerekli araştırma, değerlendirme ve çözümlenmeleri yapabilmemiz amacıyla aşağıdaki bilgileri eksiksiz şekilde doldurmanızı rica ederiz:

Ad ve Soyad*	
T.C Kimlik Numarası*	
Adres*	

¹ KVKK' nın 11. ve 13. maddelerinde belirtilen haklarınızı öğrenmek ve hastanenin veri işleme politikası hakkında detaylı bilgi için, www.irmethospital.com adresinde yer alan Kişisel Verilerin İşlenmesi ve Korunması Politikasını inceleyebilirsiniz.

² Başvuru Formunun doldurulması ile ilgili sorularınız olması halinde [*] telefon numarası ve info@irmethospital.com e-posta adresi vasıtasıyla bizlere ulaşabilirsiniz.

Telefon Numarası*	
E-posta Adresi*	
Faks Numarası (isteğe bağlı)	

*Doldurulması zorunlu alanlar.

Yukarıda tarafımıza sunmuş olduğunuz kişisel verileriniz, işbu formun değerlendirilebilmesi, sonuçlandırılabilmesi ve sizinle iletişime geçilebilmesi amacıyla alınmakta ve başka amaçlarla veri işlemeye konu olmamaktadır.

Hastanemiz ile olan ilişkinize dair uygun olan seçeneği işaretleyerek, mevcut ilişkinin hâlen devam edip etmediğini aşağıdaki boşlukta belirtiniz.

Müşteri	<input type="checkbox"/>	Çalışan Adayı	<input type="checkbox"/>
İş Ortağı	<input type="checkbox"/>	Çalışan	<input type="checkbox"/>
Ziyaretçi	<input type="checkbox"/>	Diğer (_____)	<input type="checkbox"/>

4. VERİ SAHİBİNİN TALEPLERİ

Veri sahibi olarak, KVKK' nın 11. ve 13. maddeleri kapsamında bilgi sahibi olmak istediğiniz durum/durumlar için lütfen aşağıda yer verilen listedeki ilgili kutucuğu işaretleyiniz.

TALEBİNİZ	GEREKEN BİLGİ/BELGE	SEÇİMİNİZ
1. Kişisel verilerimin hastane tarafından işlenip işlenmediğini öğrenmek istiyorum.	Özel bir veri türüne dair bilgi almak istiyorsanız lütfen belirtiniz.	<input type="checkbox"/>
2. Hastane tarafından kişisel verilerimin hangi amaçla işlendiğini öğrenmek istiyorum.	Özel bir veri türüne dair bilgi almak istiyorsanız lütfen belirtiniz.	<input type="checkbox"/>

3. Hastane tarafından kişisel verilerimin amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenmek istiyorum.	Özel bir veri türüne dair bilgi almak istiyorsanız lütfen belirtiniz.	<input type="checkbox"/>
4. Eğer kişisel verilerim yurtiçinde veya yurtdışında üçüncü kişilere aktarılıyorsa, aktarılan üçüncü kişileri bilmek istiyorum.	Özel bir veri türüne dair bilgi almak istiyorsanız lütfen belirtiniz.	<input type="checkbox"/>
5. Kişisel verilerimin eksik veya yanlış işlendiği düşünüyorum ve bunların düzeltilmesini istiyorum.	Eksik ve yanlış işlendiğini düşündüğünüz bilgileri ve bu bilgilerin doğrusunun nasıl olması gerektiğini lütfen belirtiniz.	<input type="checkbox"/>
6. Eksik/yanlış işlendiğini düşündüğüm kişisel verilerimin aktarıldığı üçüncü kişiler nezdinde de düzeltilmesini istiyorum.	Eksik ve yanlış işlendiğini düşündüğünüz bilgileri ve bu bilgilerin doğrusunun nasıl olması gerektiğini lütfen belirtiniz.	<input type="checkbox"/>
7. Kişisel verilerimin işlenmelerini gerektiren sebeplerin ortadan kalkması nedeniyle silinmesini/yok edilmesini istiyorum. ³	Bu talebinize konu verilerin hangi veriler olduğunu ve aleyhinize olduğunu düşündüğünüz sonucun ne olduğunu belirtiniz, bu hususlara ilişkin tevsik edici bilgi ve belgelere lütfen Form ekinde yer veriniz.	<input type="checkbox"/>
8. Kişisel verilerimin işlenmelerini gerektiren sebeplerin ortadan kalkması nedeniyle aktarıldıkları üçüncü kişiler nezdinde de silinmesini/yok edilmesini istiyorum. ⁴	Bu talebiniz, kişisel bilgilerinizin yalnızca bir kısmına ilişkin ise bunların hangi veriler olduğunu ve bu talebinizin gerekçesini tevsik edici bilgi ve belgelerle birlikte belirtiniz, bu hususlara ilişkin tevsik edici bilgi ve belgelere lütfen Form ekinde yer veriniz.	<input type="checkbox"/>

³ KVKK' nın 7/3 maddesi uyarınca, çıkacak yönetmelikle öngörülecek usul ve esaslar saklıdır.

⁴ KVKK' nın 7/3 maddesi uyarınca, çıkacak yönetmelikle öngörülecek usul ve esaslar saklıdır.

<p>9. Hastane tarafından işlenen kişisel verilerimin münhasıran otomatik sistemler vasıtasıyla analiz edildiğini ve bu analiz neticesinde şahsım aleyhine bir sonuç doğduğunu düşünüyorum. Bu sonuca itiraz ediyorum.</p>	<p>Bu talebinizin gerekçesini ve bilgi alma talebinize ilişkin durumun sonucunu belirtiniz, bu hususlara ilişkin tevsik edici bilgi ve belgelere lütfen Form ekinde yer veriniz.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/>
<p>10. Kişisel verilerimin kanuna aykırı işlenmesi nedeniyle uğradığım zararın tazminini talep ediyorum.</p>	<p>Bu talebinizin gerekçesini ve uğradığımızı düşündüğünüz zararı aşağıdaki boşlukta belirtiniz; bu hususlara ilişkin tevsik edici bilgi ve belgelere (Kişisel Verilerin Korunması Kurulu veya mahkeme kararları) lütfen Form ekinde yer veriniz.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/>

Veri sahibi adına 3. kişiler tarafından yapılacak olan başvurularda, işbu form ile birlikte noterce onaylanmış vekâletnamenin, velayet/vesayet altında bulunan çocuklar adına yapılacak başvurularda ise işbu form ile birlikte velayet/vesayet ilişkisini tevsik edici belgelerin bir suretinin tarafımıza gönderilmesi gerekmektedir.

Kişisel verilerinizin güvenliğini sağlamak amacıyla, bilgi edinme başvurunuzun hastanemize ulaştığı tarihten itibaren *yedi (7) iş günü içinde*, hastanemiz, veri sahibi olduğunuzu teyit etmek amacıyla sizinle iletişime geçebilecek, bu hususta sizlerden bazı bilgi ve belgeler talep edebilecektir. Bu kapsamda tarafımıza sağlamış olduğunuz bilgi ve belgeler, veri sahibi olduğunuzun teyit edilmesini müteakip derhal imha edilecektir.⁵

Talep edilen bilgi ve belgelerin eksik olması durumunda, talebimiz üzerine bilgi ve belgelerin tamamlanarak tarafımıza iletilmesi gerekmektedir. Bilgi ve belgeler tarafımıza tam olarak iletilene kadar talebin sonuçlandırılmasına ilişkin KVKK madde 13/2’de belirtilen *otuz (30) iş günü* günlük süre askıya alınacaktır.

⁵ KVKK’ nın 7/3 maddesi uyarınca, çıkacak yönetmelikle öngörülecek usul ve esaslar saklıdır.

5. VERİ SAHİBİNİN TALEBİNİN SONUÇLANDIRILMASI

Niteliğine göre talebiniz, KVKK uyarınca bizlere ulaştığı tarihten itibaren, *en kısa sürede ve en geç otuz (30) iş günü içinde* cevaplandırılacaktır. Cevaplarımız ve değerlendirmelerimiz, işbu başvuru formundaki seçiminize göre KVKK' nın 13. maddesi uyarınca yazılı veya elektronik ortam vasıtasıyla tarafınıza iletilecektir. Başvuru sonucunun posta, elektronik posta veya faks yöntemlerinden biriyle iletilmesine ilişkin bir tercihiniz varsa, lütfen aşağıda belirtiniz:

Başvuruma ilişkin sonucun e-posta adresime gönderilmesini istiyorum.	<input type="checkbox"/>
Başvuruma ilişkin sonucun posta aracılığı ile gönderilmesini istiyorum.	<input type="checkbox"/>
Başvuruma ilişkin sonucun faks yolu ile gönderilmesini istiyorum.	<input type="checkbox"/>

Talepleriniz hastane tarafından ücretsiz sonuçlandırılacak olup, cevaplama sürecinin ayrıca bir maliyet doğurması halinde, ilgili mevzuat çerçevesinde belirlenen tutarlarda ücret talep edilebilecektir.

6. VERİ SAHİBİ BEYANI

KVKK uyarınca yapmış olduğum bilgi edinme başvurusunun, yukarıda belirttiğim talep/talepler çerçevesinde değerlendirilerek sonuçlandırılmasını rica eder, işbu başvuruda tarafınıza sağlamış olduğum bilgi ve belgelerin doğru, güncel ve şahsıma ait olduğunu kabul, beyan ve taahhüt ederim.

Veri Sahibi	
Adı Soyadı	
Başvuru Tarihi	
İmza	