## MEDİLİFE SAĞLIK HİZMETLERİ KİŞİSEL VERİ SAHİBİ BAŞVURU FORMU

6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (KVKK) ve 30808 Sayılı Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Sağlanması Hakkında Yönetmelik kapsamında “**Medilife Sağlık Hizmetleri Tic. Ltd. Şti** “ ‘’Veri Sorumlusu” sıfatına sahiptir.

## Başvuru Hakkınıza İlişkin Genel Bilgilendirme

Kanunun 11. maddesi çerçevesinde her zaman veri sorumlusuna başvurarak;

* Kişisel verilerinizin işlenip işlenmediğini öğrenme,
* Kişisel verileriniz işlenmişse buna ilişkin bilgi talep etme,
* Kişisel verilerinizin işlenme amacı ve bunların amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenme,
* Kişisel verilerinizin yurt içinde veya yurt dışında aktarıldığı üçüncü kişileri öğrenme,
* Kişisel verilerinizin eksik veya yanlış işlenmiş olması hâlinde bunların düzeltilmesini isteme ve bu kapsamda yapılan işlemin kişisel verilerin aktarıldığı üçüncü kişilere bildirilmesini isteme,
* Kanun ve ilgili diğer kanun hükümlerine uygun olarak işlenmiş olmasına rağmen, işlenmesini gerektiren sebeplerin ortadan kalkması hâlinde kişisel verilerinizin silinmesini, yok edilmesini veya anonim hale getirilmesini isteme ve bu kapsamda yapılan işlemin kişisel verilerin aktarıldığı üçüncü kişilere bildirilmesini isteme,
* İşlenen verilerinizin münhasıran otomatik sistemler vasıtasıyla analiz edilmesi suretiyle aleyhinize bir sonucun ortaya çıkmasına itiraz etme,
* Kişisel verilerinizin kanuna aykırı olarak işlenmesi sebebiyle zarara uğramanız hâlinde zararın giderilmesini talep etme haklarına sahipsiniz.

Kurumumuz Kanun’un 13. maddesine dayanarak başvurunuzu talebin niteliğine göre en kısa sürede ve en geç otuz (30) gün içinde sonuçlandıracaktır.

Başvurunuza verilecek cevabın güvenli bir şekilde size ulaşması için kimlik doğrulamak maksadıyla size ulaşabilir veya ilave evrak talep edebiliriz.

Başvurunuzun sonuçlandırılması için doğabilecek maliyetler Kurul tarafından belirlenenler İle sınırlı kalmak üzere size bildirilecektir.

## Başvuru Yöntemi

İşbu haklarınız kapsamındaki taleplerinizi KVK Kanunu’nun 13. maddesi ile Veri Sorumlusuna Başvuru Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ’in 5. maddesi gereğince işbu formun çıktısı alınarak; başvuru sahibinin şahsen veya yetkilendirdiği kişi vasıtasıyla yapacağı başvurusu;

1. Şahsen veya Noter vasıtasıyla **Medilife Bağcılar Hastanesine** başvuru için **“Fevzi Çakmak Mah. Osman Gazi Cad. No: 173 Bağcılar / İstanbul”** adresine, zarfın üzerine “Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamında Bilgi Talebi” yazılarak gönderilmesi suretiyle yapılacaktır.
2. Güvenli elektronik imza ile imzalanarak Kayıtlı Elektronik Posta (KEP) yoluyla başvuru yapılması halinde, yazılı başvuru, ilgili hastanenin *e*-posta hesabına, e-postanın konu bölümüne “Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamında Bilgi Talebi” kullanmak suretiyle kurumumuza iletebilirsiniz.

Medilife Bağcılar Hastanesine: [medilifesaglikhizmetleri@hs01.kep.tr](mailto:medilifesaglikhizmetleri@hs01.kep.tr)

**Ek:** Başvuru Formu

T.C. Kimlik No :Ad Soyad Doğum Tarihi Telefon No

KİŞİSEL VERİLERİ KORUMA KANUNU (KVKK) KİŞİSEL VERİLER ERİŞİM/BİLGİ TALEP FORMU

# I. Başvuru Sahibi Bilgileri

Adres

□ Veri sahibiyim (kendi verilerimi talep ediyorum)

Veri sahibi yakınıyım (Yakınıma ilişkin verileri talep ediyorum)

□ Yakınlık derecesi\* belirtiniz:

\* Yasal temsilci iseniz ilgili kararı ek olarak iletiniz.

*Not: Kişisel verilerinizin güvenliğini sağlamak amacıyla kimlik tespiti için ek evrak (Nüfus Cüzdanı vb) talep edilebilir.*

# II.

**Kurumla İlişki Bilgisi**

Lütfen aşağıdaki seçeneklerden kurumumuzla olan ilginize uygun olanı işaretleyiniz.

□ Hasta/ Hasta Yakını □ Çalışan/ Eski Çalışan/ Aday □ Tedarikçi/ Firma Çalışanı

**Hastalarımız için Çalışanlarımız için Tedarikçilerimiz için**

En son hizmet alınan birim; Durum; Çalıştığınız firma adı;

□ Mevcut Çalışan □ Eski Çalışan □ Aday

Son başvuru tarihi; Çalışma dönemi (yıl); Firmanızdaki pozisyonunuz;

Adaylar için başvuru yılı;

*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).*

# III. Talebe İlişkin Bilgi

*Lütfen talebinize vereceğimiz yanıt için gönderim yöntemini seçiniz*

□

□

Adresime gönderim istiyorum

**Talep Eden Tarafından Doldurulacak**

Talep Tarihi

**Kurum Tarafından Doldurulacak**

Teslim Alma Tarihi

Talep Eden Ad Soyad - İmza

Teslim Alan Ad Soyad - İmza

□

E-posta adresime gönderim istiyorum

Bizzat başvurarak elden teslim almak istiyorum

Doküman Kodu:BY.FR.04.00 Yayın Tarihi: 27.11.2018 Revizyon Tarihi: - Revizyon No: 00 Sayfa No: 1/1