

**KİŞİSEL VERİLERİ
KORUMA KANUNU
BAŞVURU FORMU**

Doküman No:	KVKK-
İlk Yayın Tarihi	10.03.2021
Revizyon Tarihi / No	10.07.2021
Sayfa No	1/2

KİŞİSEL VERİLERİ KORUMA KANUNU BAŞVURU FORMU

Başvuru Sahibi İletişim Bilgileri	
Adı:	Soyadı:
T.C. Kimlik Numarası:	Cep Telefonu:
E-Posta Adresi: (Belirttiğiniz takdirde size daha hızlı geri dönüş sağlayacağız)	Ev Telefonu:
Adres:	
Lütfen Dr. Özgür Saygın SOLAK ile İlişkinizi Belirtiniz: (Müşteri, iş ortağı, çalışan aday, eski çalışan, üçüncü taraf firma çalışanı, hissedar vb gibi)	
1	<input type="checkbox"/> Hasta (Ürün veya Hizmet Alan) Kişi <input type="checkbox"/> Çalışan / Eski Çalışan <input type="checkbox"/> Ziyaretçi <input type="checkbox"/> Tedarikçi Yetkilisi <input type="checkbox"/> Tedarikçi Çalışanı <input type="checkbox"/> Aday Çalışan / Aday Stajyer <input type="checkbox"/> İş Ortağı <input type="checkbox"/> Potansiyel Hasta (Potansiyel Ürün veya Hizmet Alıcısı) <input type="checkbox"/> Çevirim İçi Ziyaretçi <input type="checkbox"/> Diğer.....
2	Muayenehane ile iletişimde olduğunuz; Kişi : Konu:
3	<input type="checkbox"/> Mevcut Çalışanım: <input type="checkbox"/> Eski Çalışanım: İşe Giriş Tarihi: İşten Çıkış Tarihi: <input type="checkbox"/> İş Başvurusu / Özgeçmiş Paylaşımı Yaptım (Tarih.....) <input type="checkbox"/> Üçüncü Kişi Firma Çalışanıyım (Lütfen çalıştığınız firma ve pozisyon bilgisini belirtiniz.....) <input type="checkbox"/> İSG Uzmanı / İşyeri Hekimi (Firma İsmi:.....) <input type="checkbox"/> Danışman (Firma İsmi:.....) <input type="checkbox"/> Yetkili Servis Çalışanı (Firma İsmi:.....) <input type="checkbox"/> Diğer (Firma İsmi:.....) <input type="checkbox"/> Muayene Olmuş Hasta :..... <input type="checkbox"/> Muayene Olmamış Potansiyel Hasta :.....



Dr. Özgür Saygın SOLAK
Psikiyatri Uzmanı

**KİŞİSEL VERİLERİ
KORUMA KANUNU
BAŞVURU FORMU**

Doküman No:	KVKK-
İlk Yayın Tarihi	10.03.2021
Revizyon Tarihi / No	10.07.2021
Sayfa No	2/2

Lütfen KVK Kanunu kapsamındaki isteminizi detaylı olarak belirtiniz.

Lütfen başvurunuza vereceğimiz yanıtın tarafınıza bildirilme yöntemini seçiniz:

- Adresime gönderilmesini istiyorum.
- E-posta adresime gönderilmesini istiyorum.
- Elden teslim almak istiyorum. (Vekâleten teslim alınması durumunda noter tasdikli vekâletname veya yetki belgesi olması gerekmektedir.)

İşbu başvuru formu, **Dr. Özgür Saygın SOLAK** ile olan ilişkinizi tespit ederek, varsa, **Dr. Özgür Saygın SOLAK Tarafından** işlenen kişisel verilerinizi eksiksiz olarak belirleyerek, ilgili başvurunuza doğru ve kanuni süresinde cevap verilebilmesi için tanzim edilmiştir. 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 **Dr. Özgür Saygın SOLAK** 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 **Dr. Özgür Saygın SOLAK** söz konusu yanlış bilgi ya da yetkisiz başvuru kaynaklı taleplerden dolayı sorumluluk kabul etmemektedir.

Başvuru Sahibi (Kişisel Veri Sahibi) nin;

Adı Soyadı:

Başvuru Tarihi:

İmza: