

## KİŞİSEL VERİ İŞLENMESİ VE TİCARİ İLETİŞİM KURMA AÇIK ONAY/MUVAFAKAT FORMU

**Ad-Soyad** : .....

**Cep Telefon**

**Numarası** : .....

**E-mail** : .....

**Adres** : .....

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanununun 10. maddesi ile “Aydınlatma Yükümlülüğünün Yerine Getirilmesinde Uyulacak Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ” kapsamında, veri sorumlusu sıfatıyla “**DENTAÇORUM SAĞLIK HİZMETLERİ ANONİM ŞİRKETİ**” (Bundan böyle “**DENTAÇORUM**” olarak ifade edilecektir.) tarafından indirimler, kampanyalar, ürün/hizmet ve aktiviteler ile ilgili pazarlama/ ticari faaliyetler ve yasal zorunlulukların yerine getirilmesi ve KVK politikası kapsamında, incelenen “**Aydınlatma Metnine**” istinaden izin verilen iletişim kanalları ve onaylar aşağıda işaretlendiği şekildedir.

**\*DentaÇorum’un, TARAFIMA SMS(Kısa Mesaj) göndermesine Onay**

veriyorum/  vermiyorum.

**\*DentaÇorum’un, TARAFIMA E-mail göndermesine**

Onay veriyorum/  vermiyorum.

**\* DentaÇorum’un, TARAFIMA Telefon ve Sesli Mesaj yolu ile ulaşılmasına Onay**

veriyorum/  vermiyorum.

### **KİŞİSEL VERİMİN İŞLENMESİNE AÇIK ONAY verilmesi kapsamında;**

**DentaÇorum** tarafından sunulan faaliyetler kapsamında toplanan, herhangi bir şekilde tarafımdan paylaşılan, internet sitesine yerleştirilen çerezler(cookies) vasıtası ile elde edilen, iş bu izin onay formu ile tarafımdan verilmiş, tarafıma sağlanan sağlık hizmeti sebebiyle beyan etmiş olduğum kişisel bilgilerimin ve Kişisel verilerimin **DentaÇorum** tarafından; kampanya bildirimleri, yeni ürün/hizmet duyuruları, ürün ve/veya hizmetlerin tanıtımı, promosyonu, kişiye özel kampanya, reklam, hedefleme, analiz, web sitesi/mobil uygulamalar üzerinden randevu alanın kimlik bilgilerini teyit etmek, iletişim için adres ve diğer gerekli bilgileri kaydetmek, gerekli bilgilendirmeleri yapabilmek, elektronik (internet/mobil vs.) veya kağıt ortamında işleme dayanak olacak tüm kayıt ve belgeleri düzenlemek, mesafeli satış sözleşmesi ve Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun’un ilgili maddeleri tahtında ticari ilişki ve akdettiğimiz sözleşmeler uyarınca üstlenilen yükümlülükleri ifa etmek, kamu güvenliğine ilişkin hususlarda talep halinde ve mevzuat gereği kamu görevlilerine bilgi verilmesi, yasal yükümlülüklerin yerine getirilmesi, yasal hakların kullanılması, **DentaÇorum** tarafından yürütülen Ticari faaliyetlerin ve Ticari amaçların yasal mevzuat dairesinde ifası, bu bilgilerin depolanması amacı ile yurtiçinde ve yurt dışında kendi yada hizmet aldığı ifa yardımcılarına transfer edilmesine ve

mevzuata uygun şekilde korunan sunucularda saklanmasına, **“Hastalar İçin Aydınlatma Metninde”** belirtildiği/tanımlandığı şekilde, **6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ve ilgili mevzuat düzenlemeleri** kapsamında Kişisel Verilerimin **İŞLENMESİNE**, açık onay veriyorum/muvafakat ediyorum. Aydınlatma metnini okudum ve bir nüshasını aldım, dilediğim zamanda bu veriler ile ilgili **Kişisel Verilerin Korunması Kanunu 11. Maddesi kapsamında**(Aydınlatma formunda da belirtilen) “KVKK Bilgi Talep Formu” talepte bulunabileceğimi, haklarımı biliyorum.

**Hasta/Hasta Yakını;** İş bu izin/muvafakatname kapsamında **DentaÇorum**’a verdiği izin/onay/muvafakatleri, kısmen yada tamamı ile iptal etmek yada Kişisel verileri hususunda bilgi almak istemesi halinde; **+90 (364) 213 13 19** numaralı telefonu arayabilir veya **bilgi@dentacorum.com** e-mail adresine e-posta gönderebilir veya **www.dentacorum.cim** adresinde **KVK Politikası** kapsamında “KVKK Bilgi Talep Formu” aracılığı ile **Veri Sorumlusu Temsilcisi** ile iletişime geçebilir veya **doğrudan kliniğe** talebini yazılı şekilde iletebilir yada **Yazılı Başvurusunu** internet sitesinde mevcut mail/iletişim adresine gönderilebilir.

**İş bu formun bir Nüshası ve AYDINLATMA Metni Tarafıma Verilmiştir.**

**Ek-** Hasta Aydınlatma Metni

\*\*\*Lütfen kendi el yazınız ile “Okudum anladım” yazarak imzalayınız.

**Ad – Soyad**

**İMZA/Onay**

...../...../.....