

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

1. Başvuru Sahibi Bilgileri	T.C. Kimlik No		
	Ad Soyad		
	Doğum Tarihi		
	Telefon No/Mail		
	Adres		
	<input type="checkbox"/> Veri sahibiyim (Kendi verilerimi talep ediyorum)		
Veri sahibi yakınıyım (Yakınıma ilişkin verileri talep ediyorum)			
<input type="checkbox"/> 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.			
2. Muayene/ Tarafımız İle İlişki Bilgisi	Lütfen aşağıdaki seçeneklerden kurumumuzla olan ilginize uygun olanı işaretleyiniz.		
	<input type="checkbox"/> Hasta/ Hasta Yakını	<input type="checkbox"/> Çalışan/ Eski Çalışan/ Aday	<input type="checkbox"/> Tedarikçi/ Firma Çalışanı
	Hastalarımız için En son alınan hizmet; Son başvuru tarihi;	Çalışanlarımız için Durum; <input type="checkbox"/> Mevcut Çalışan <input type="checkbox"/> Eski Çalışan <input type="checkbox"/> Aday Çalışma dönemi (yıl); Adaylar için başvuru yılı;	Tedarikçilerimiz için Çalıştığınız firma adı; Firmanızdaki pozisyonunuz;
3. Talebe İlişkin Bilgi	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).		
	Lütfen talebinize vereceğimiz yanıt için gönderim yöntemini seçiniz 1. Bölümde belirttiğim <input type="checkbox"/> E-posta adresime gönderim <input type="checkbox"/> Bizzat başvurarak elden <input type="checkbox"/> adresime gönderim <input type="checkbox"/> istiyorum <input type="checkbox"/> teslim almak istiyorum istiyorum Belirtiniz:		

Talep Eden Tarafından Doldurulacak		Veri Sorumlusu Tarafından Doldurulacak	
Talep Tarihi		Teslim Alma Tarihi	
Talep Eden Ad Soyad - İmza		Teslim Alan Ad Soyad - İmza	

Açıklama: Kişisel verilerinizle ilgili taleplerinizi bu formu doldurarak, veri sorumlusu sıfatı ile işlendiği ölçüde Kişisel Verileri Koruma Kanunu (KVKK)'nın 11.maddesi gereği Yavruturna Mahallesi, Maliye 3. Sokak, No:6 Merkez/Çorum adresine yazılı olarak posta yoluyla gönderebilir, elden teslim edebilir, noter kanalıyla gönderebilir veya bilgi@dentacorum.com adresine güvenli elektronik imza ile imzalayarak, kayıtlı elektronik posta (KEP) ya da şahsınıza ait elektronik posta adresiniz ile iletebilirsiniz. Bu formda belirttiğiniz bilgi ve belgeler kurumumuz ile ilişkinizi doğru bir şekilde tespit etmek ve size kanuni süre içerisinde eksiksiz yanıt verebilmek için talep edilmektedir.