

## KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU UYARINCA BİLGİ TALEP FORMU

Başvuruda bulunulan kurum:

Hastane

Evde Bakım Merkezi

Tıp Merkezi

.....

### A. BAŞVURUDA BULUNAN VERİ SAHİBİNİN İLETİŞİM BİLGİLERİ :

Adı Soyadı : .....  
Doğum Tarihi ve T.C. Kimlik No : .....  
Telefon Numarası : .....  
E-posta Adresi : .....  
Adres : .....

### B. BAŞVURUYU VERİ SAHİBİ ADINA YAPAN YETKİLİ KİŞİNİN İLETİŞİM BİLGİLERİ:

(Bu bölüm eğer veri sahibi kişi ile başvuru yapan kişi farklı ise doldurulacaktır.)

Adı Soyadı : .....  
Doğum Tarihi ve T.C. Kimlik No : .....  
Telefon Numarası : .....  
E-posta Adresi : .....  
Adres : .....  
Yakınlık Derecesi : ..... \*Yasal temsilci iseniz ilgili kararı ek olarak belirtiniz.

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

### C. MEDICABIL İLE İLİŞKİ BİLGİSİ:

("Hasta, eski çalışan, üçüncü taraf, firma çalışanı" gibi)

Kurumda sağlık hizmeti alanlar dolduracaktır

<input type="checkbox"/> Ayakta Tedavi Oldum	<input type="checkbox"/> Ameliyat Oldum
<input type="checkbox"/> Yatarak Tedavi Oldum	<input type="checkbox"/> Diğer:.....
Hizmet Alınan Sağlık Birimleri: .....	

Kurumda çalışanlar dolduracaktır

<input type="checkbox"/> Mevcut Çalışanıyım	<input type="checkbox"/> İş Başvurusu / Özgeçmiş Paylaşımı Yaptım
<input type="checkbox"/> Eski Çalışanıyım	Tarih:.....
Çalıştığım Dönem (Yıl):.....	<input type="checkbox"/> Üçüncü Firma Çalışanıyım
<input type="checkbox"/> Diğer: .....	Lütfen çalıştığınız firma ve pozisyon bilgisini belirtiniz.

### D.LÜTFEN KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU KAPSAMINDAKİ TALEBİNİZİ DETAYLI OLARAK BELİRTİNİZ:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU UYARINCA BİLGİ TALEP FORMU

**E.LÜTFEN BAŞVURUNUZA VERECEĞİMİZ YANITIN TARAFINIZA BİLDİRİLME YÖNTEMİNİ SEÇİNİZ:**

- Adresime gönderilmesini istiyorum.  
 E-posta adresime gönderilmesini istiyorum.  
 Elden teslim almak istiyorum.

(Vekaleten temsil alınması durumunda vekaletname veya yetkili kişinin yetkisini gösterir belgenin olması gerekmektedir.)

### F.AÇIKLAMA :

Bu formu doldurarak, imzalı bir örneğini Mudanya Yolu Küre Sok Fethiye Mahallesi Posta Kodu: 16140 Nilüfer/Bursa adresine bizzat teslim edebilir, noter kanalıyla gönderebilir veya **bashekimlik@medicabil.com** adresine elektronik imzalı / ıslak imzalı olarak iletebilirsiniz. Doldurmuş olduğunuz bu başvuru formu, kurum ile olan ilişkinizi tespit ederek, varsa, kurum tarafından işlenen kişisel verilerinizle ilgili olarak eksiksiz ve isabetli olarak ilgili başvurunuzla doğru ve kanuni süresi içerisinde cevap verilebilmesi için düzenlenmiştir. 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 kurum, 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, söz konusu yanlış bilgi ya da yetkisiz başvuru kaynaklı taleplerden veya belirttiğiniz adreslere cevaplarımızın gönderimi sırasında oluşabilecek aksaklıklardan dolayı kurum sorumluluk kabul etmemektedir.

Talep Eden Tarafından Doldurulacak	Kurum Tarafından Doldurulacak
Talep Tarihi:...../...../.....	Teslim Alma Tarihi:...../...../.....
Talep Eden Ad Soyad-İmza:	Teslim Alan Ad Soyad-İmza:

Talebe Cevap Veren Tarafından Doldurulacak
Talebe Cevap Verme Tarihi:...../...../.....
Talebe Cevap Veren Ad soyad-İmza: