

## KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU UYARINCA BAŞVURU FORMU

### A. Başvuruda bulunan veri sahibinin iletişim bilgileri:

Adı Soyadı : .....

Doğum Tarihi ve T.C. Kimlik No : ..... / ..... / ..... .....

Telefon Numarası : .....

E-posta Adresi : .....

Adres : .....

### B. Başvuruyu veri sahibi adına yapan yetkili kişinin iletişim bilgileri:

(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 : .....

### C. Lütfen Amerikan Hastanesi ile olan ilişkinizi belirtiniz.

(“Hasta, eski çalışan, üçüncü taraf, firma çalışanı” gibi)

#### Amerikan Hastanesi’nde 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: .....	
.....	

#### Amerikan Hastanesi’nde çalışanlar dolduracaktır

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

**D. Lütfen Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamındaki talebinizi detaylı olarak belirtiniz:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**E. Lütfen başvurunuza vereceğimiz yanıtın tarafınıza bildirilme yöntemini seçiniz:**

- Adresime gönderilmesini istiyorum.
- E-posta adresime gönderilmesini istiyorum.
- Elden teslim almak istiyorum.  
(*Vekâleten temsil alınması durumunda vekâletname veya yetkili kişinin yetkisini gösterir belgenin olması gerekmektedir.*)

**F. Açıklama**

Bu formu doldurarak, imzalı bir örneğini Güzelbahçe Sok. No: 20 Posta kodu: 34365 Nişantaşı, İstanbul, Türkiye adresine bizzat teslim edebilir, noter kanalıyla gönderebilir veya **momentegitimarastirma@hs02.kep.tr** adresine güvenli elektronik imzalı olarak iletebilirsiniz. Doldurmuş olduğunuz bu başvuru formu, Amerikan Hastanesi ile olan ilişkinizi tespit ederek, varsa, Amerikan Hastanesi tarafından işlenen kişisel verilerinizle ilgili olarak eksiksiz ve isabetli olarak ilgili başvurunuza 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 Amerikan Hastanesi, 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 Amerikan Hastanesi sorumluluk kabul etmemektedir.

**Başvuru Tarihi :** ..... / ..... / .....**Başvuramın Adı Soyadı :** .....**İmzası :** .....*Hastane tarafından doldurulacaktır***Tarih :** ..... / ..... / .....**Teslim Alanın Adı Soyadı :** .....**İmzası :** .....

