

K İSEL VERLERİN KORUNMASI KANUNU UYARINCA BA VURU FORMU

Ba vuru Tarihi : / /

Kendisine ait "Ki isel Verinin Talebi"

Ba kasına ait "Ki isel Verinin Talebi" halinde (19 ya ından gün almamı ise ebeveynleri ya da velayet sahibi, vesayet altında ise vasisi, ilgili ki inin bu yönde açıkça vekalet vermi oldu u ki iler)

A. Ba vuruda bulunan Ki inin ileti im bilgileri:

Adı Soyadı: mza:.....

Do um Tarihi:...../ / T.C. Kimlik No :

Telefon Numarası:

E-posta Adresi:

Adres:

B. Talebi yapılan Ki isel Verinin sahibi:

Adı Soyadı :

Do um Tarihi:...../ / T.C. Kimlik No :

Telefon Numarası :

E-posta Adresi:

Adres:

C. Lütfen Memorial Hizmet Hastanesi ile olan ili kinizi belirtiniz. ("Hasta, eski çalı an, üçüncü taraf, Memorial Hizmet Hastanesi'ne hizmet sunan firma çalı anı gibi)

Memorial Hizmet Hastanesi'nde sa lık hizmeti alanlar dolduracaktır

Ayakta Tedavi Oldum Yatarak Tedavi Oldum Ameliyat Oldum Di er:

Hizmet Alınan Sa lık Birimleri:

.....

.....

Memorial Hizmet Hastanesi'nde çalı anlar dolduracaktır.

Mevcut Çalı anıyım

Eski Çalı anım Çalı tı m Yıllar :

Di er:

D.Lütfen Ki isel Verilerin Korunması Kanunu kapsamındaki talebinizi detaylı olarak belirtiniz:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

E. Lütfen ba vurunuza verece imiz yanıtın tarafınıza bildirilme yöntemini seçiniz:

Adresime gönderilmesini istiyorum.

E-posta adresime gönderilmesini istiyorum.

Elden teslim almak istiyorum.

Hizmet Hastanesi

(Vekâleten talep edilmesi durumunda vekâletname veya yetkili kiinin yetkisini gösterir belgenin olması gerekmektedir.)

F. Açıklama

Bu formu doldurarak,

- mızalı bir örne ini Burhaniye Mahallesi Nagehan Sokak A Apt. No: 4 A /1 Üsküdar/İstanbul adresine bizzat teslim edebilir,
- Noter kanalıyla gönderebilirsiniz.

Doldurmu oldu unuz bu ba vuru formu, Memorial Hizmet Hastanesi ile olan ili kinizi tespit ederek, varsa, Memorial Hizmet Hastanesi tarafından i lenen ki isel verilerinizle ilgili olarak eksiksiz ve isabetli olarak ilgili ba vurunuzla do ru ve kanuni süresi içerisinde cevap verilebilmesi için düzenlenmiştir. Hukuka aykırı ve haksız bir ekilde veri paylaşımından kaynaklanabilecek hukuki risklerin bertaraf edilmesi ve özellikle ki isel verilerinizin güvenli inin sağlanması amacıyla, kimlik ve yetki tespiti için Memorial Hizmet Hastanesi, ek evrak ve malumat (Nüfus cüzdanı veya sürücü belgesi sureti gibi) talep etme hakkını saklı tutar.

Form kapsamında iletmekte oldu unuz taleplerinize ili kin bilgilerin do ru ve güncel olmaması ya da yetkisiz bir ba vuru yapılması halinde, söz konusu yanlış bilgi ya da yetkisiz ba vuru kaynaklı taleplerden veya belirtti iniz adreslere cevaplarımızın gönderimi sırasında olabilecek aksaklıklardan dolayı Memorial Hizmet Hastanesi sorumluluk kabul etmemektedir.

Hastane tarafından doldurulacaktır.

Tarih: / /

Teslim Alanın Adı Soyadı: mza: