

PROF.DR. ÖMER CAN ÜSTÜNDAĞ
İLGİLİ KİŞİ/VERİ SAHİBİ BAŞVURU FORMU

1. AMAÇ VE KAPSAM

6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun ("KVK Kanunu") 11. maddesi uyarınca ilgili kişiler, kişisel verilerine ilişkin talepleri için veri sorumlusuna başvurma hakkına sahiptir. İşbu Başvuru Formu, ilgili kişi olarak, Prof. Dr. Ömer Can Üstündağ'a ait muayenehane ("Muayenehane") başvurmanız ve kişisel verilerinize ilişkin haklarınızı kullanmanız için Veri Sorumlusuna Başvuru Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğ'e ("Tebliğ") uygun olarak hazırlanmıştır.

2. İLGİLİ KİŞİ BİLGİLERİ

Başvurunuzu sonuçlandırmak ve sonucu size iletmek amacıyla aşağıda yer alan bilgileri eksiksiz bir şekilde doldurmanız gerekmektedir.

Ad-Soyad	:	
TC Kimlik Numarası (Yabancı uyruklular için Pasaport Numarası veya varsa Kimlik Numarası)	:	
Adresi (Tebliğata esas yerleşim yeri veya iş yeri adresi)	:	
Telefon Numarası	:	
E-posta Adresi	:	
Şirketimizle Olan İlişkiniz	:	Ziyaretçi Müşteri İş Ortağı Çalışan Eski Çalışan Çalışan Adayı Potansiyel Hasta/Hasta Yakını Müşteri Diğer
Şirketimizle Olan İlişkiniz Devam Ediyor mu?	:	Devam Ediyor Sona Erdi

Burada yer alan bilgilerinizi, sadece başvurunuzu değerlendirmek ve sonuçlandırmak amacıyla kullanacağız ve olası bir şikayetin veya uyuşmazlığın çözülmesi amacıyla makul bir süre boyunca saklayacağız.

3. TALEP EDEBİLECEĞİNİZ KONULAR

Aşağıdaki tabloda, kişisel verileriniz bakımından talep ettiğiniz konuları işaretlemenizi rica ederiz.

Kişisel verilerimin işlenip işlenmediğini öğrenmek istiyorum.	
Kişisel verilerim işleniyorsa, buna ilişkin bilgi talep ediyorum	
Kişisel verilerim işleniyorsa, işlenme amacını ve işlenme amacına uygun kullanılıp kullanmadığını öğrenmek istiyorum.	
Kişisel verilerim yurt içinde veya yurt dışında üçüncü kişilere aktarılıyorsa, bu üçüncü kişileri bilmek istiyorum.	
Kişisel verilerimin eksik veya yanlış işleniyorsa bunların düzeltilmesini istiyorum.	
İşleme sebebi ortadan kalkan kişisel verilerimin silinmesini, yok edilmesini veya anonim hale getirilmesini istiyorum.	
Eksik ve yanlış işlenen kişisel verilerimin düzeltilmesi talebimin, kişisel verilerimin aktarıldığı üçüncü kişilere de bildirilmesini istiyorum.	
Kişisel verilerimin silinmesine ilişkin talebimin, kişisel verilerimin aktarıldığı üçüncü kişilere de bildirilmesini istiyorum.	
Şirketiniz tarafından işlenen kişisel verilerim münhasıran otomatik sistemler vasıtasıyla analiz edilmekte ve analiz neticesinde şahsım aleyhine sonuç çıkarmaktadır. Bu sonuca itiraz ediyorum.	

4. TALEP HAKKINDA AÇIKLAMA

Başvurunuzu daha iyi sonuçlandırabilmek adına, yukarıda işaretlemiş olduğunuz talepleri detaylı olarak açıklamanızı rica ederiz. Talebiniz için gerekli açıklamaların burada yer almaması sebebiyle oluşabilecek hata veya kusurlardan Muayenehanesorumlu olmayacaktır.

5. BAŞVURU YÖNTEMLERİ

Başvurunuzu gerçekleştirebilmek için öncelikle işbu Form'u doldurmanız gerekmektedir. Form'u imzaladıktan sonra, Form'un

- imzalı bir kopyasını Hakkı Yeten Caddesi No.23 Vital Fulya Binası Kat 9 Daire:29 Fulya/İSTANBUL adresine kimlik belgenizi göstererek elden teslim ederek,
- imzalı bir kopyasını Hakkı Yeten Caddesi No.23 Vital Fulya Binası Kat 9 Daire:29 Fulya/İSTANBUL adresine iadeli taahhütlü mektup yollayarak veya
- güvenli elektronik imzanızı, mobil imzanızı veya Muayenehane'ye daha önceden bildirdiğiniz ve sistemimizde kayıtlı bulunan e-posta adresinizi kullanmak suretiyle info@irisgoz.com adresimize ileterek

başvurunuzu gerçekleştirebilirsiniz. Bu başvuru yöntemleri, başvuru yapan kişinin gerçek ve doğru kişi olup olmadığını tespit edebilmek amacıyla belirlenmiştir. Kişisel Verileri Koruma Kurulu ("**Kurul**") tarafından belirlenecek yöntemlere göre burada yer alan başvuru yöntemleri değişebilecektir.

İlgili kişi adına üçüncü kişi tarafından başvuru yapılması halinde, üçüncü kişi işbu Form ile birlikte noterce tasdik edilmiş vekaletnameyi veya ilgili kişinin velisi veya vasisi olduğunu gösteren belgeleri başvurunun ekinde göndermesi gerekmektedir.

6. TALEBİN SONUÇLANMASI

Başvurunuzu, tarafımıza ulaşmasından itibaren en kısa sürede veya en geç otuz (30) gün içinde yanıtlayacağız. Muayenehane olarak, başvurunun gerçek ilgili kişi adına yapıldığından emin olmak amacıyla sistemimize kayıtlı telefon ya da e-posta üzerinden ilgili kişi ile iletişime geçerek ilgili kişinin kimliğini doğrulayabiliriz.

Başvurunuzda eksik veya yanlış olduğu düşünölen bilgi ve belgelerin bulunması halinde, bu bilgi ve belgelerin tamamlanması ve düzeltilmesini talep edebileceğiz. Bu taleplerimiz karşılanana kadar otuz günlük cevap süremiz işlemeyecektir.

7. İLGİLİ KİŞİNİN İMZASI

İlgili kişi/etkilendirdiği kişi olarak, KVK Kanunu uyarınca kişisel veri işleme faaliyetlerine ilişkin başvuru yapmaktayım. Bu kapsamda işbu Başvuru Formu dahil ilettiğim tüm bilgi ve belgelerin başvurumun değerlendirilmesi ve sonuçlandırılması amacıyla gerekli olduğunu, doğru, eksiksiz, güncel ve ilgili kişiye ait olduğunu, doğru veya güncel olmaması sebebiyle oluşan gecikme veya hatalardan Muayenehane'nin sorumlu olmadığını kabul ve beyan ederim.

İlgili kişi / Yetkilendirdiği Kişi

Adı Soyadı :

Başvuru Tarihi :

İmzası :