

**K İSEL VERİLERİN 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 Medstar Hastanesi ile olan ili kinizi belirtiniz. ("Hasta, eski çalı an, üçüncü taraf, Medstar Hastanesi'ne hizmet sunan firma çalı anı gibi)

Medstar Hastanesi'nde sa ılık hizmeti alanlar dolduracaktır

Ayakta Tedavi Oldum  Yatarak Tedavi Oldum  Ameliyat Oldum  Di er: .....

Hizmet Alınan Sa ılık Birimleri:

.....

.....

Medstar 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.

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

## F. Açıklama

Bu formu doldurarak,

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

Doldurmuş olduğunuz bu başvuru formu, Medstar Hastanesi ile olan ilişkinizi tespit ederek, varsa, Medstar 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 güvenliğini sağlamak amacıyla, kimlik ve yetki tespiti için Medstar Hastanesi, ek evrak ve malumat (Nüfus cüzdanı veya sürücü belgesi sureti gibi) 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 Medstar Hastanesi sorumluluk kabul etmemektedir.

### **Hastane tarafından doldurulacaktır.**

Tarih: ..... / ..... / .....

Teslim Alanın Adı Soyadı: ..... İmza: .....