



Prof. Dr.
Çetin Okuyaz
Çocuk Sağlığı ve Çocuk Nöroloji Uzmanı

PROF. DR. ÇETİN OKUYAZ
Muayenehanesi
Hasta Kabul Formları

Doküman No
KVK-FR-05
İlk Yayın Tarihi
02.03.2021

Revizyon No/Tarihi
00/-
Sayfa
1/2

KİŞİSEL VERİ SAHİBİ BAŞVURU FORMU

İşbu Başvuru Formu, 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun 11. ve 13. maddeleri uyarınca kişisel verileriniz hakkında yapacağınız başvuruları talebiniz doğrultusunda değerlendirebilmek ve yasal süresi içerisinde size geri dönüş yapmak adına, veri sorumlusu sıfatıyla **Prof. Dr. Çetin OKUYAZ** tarafından hazırlanmıştır.

Prof. Dr. Çetin OKUYAZ muayenehanesi, veri güvenliğini sağlamaya yönelik, kimlik ve yetki tespiti yapabilmek amacıyla ek bilgi, belge ve evrak (Örneğin, nüfus cüzdanı veya sürücü belgesi sureti vb.) talep etme hakkını saklı tutar. Lütfen, işbu Başvuru Formu kapsamında Prof. Dr. Çetin OKUYAZ muayenehanesine ilettiğiniz bilgilerin doğru ve güncel olmasına dikkat ediniz. Prof. Dr. Çetin OKUYAZ muayenehanesi, işbu Başvuru Formu içeriğinde yanlış veya eksik bilgi verilmesi ya da yetkisiz bir başvuru yapılması halinde söz konusu yanlış veya eksik bilgidan ya da yetkisiz başvurudan kaynaklı taleplerden dolayı herhangi bir sorumluluk kabul etmemektedir.

Başvuru şekline göre:

Şahsen Başvurular için: ilgili kişiler kimlik veya pasaportları ili şahsen Prof. Dr. Çetin OKUYAZ muayenehanesine bu formu doldurup imzaladıktan sonra bir zarfa koyarak elden teslim edebilir. Prof. Dr. Çetin OKUYAZ muayenehanesine kişisel veri için yazılı başvuru yapmak istediğinizi belirtmeniz yeterli olacaktır. Prof. Dr. Çetin OKUYAZ muayenehanesi Yetkili Ofisi kapalı zarfınıza tarih sayı vererek isminize düzenlenen alındı tutanağı ile sizden teslim alacak, tutanağın bir kopyasını sizinle paylaşacaktır.

Posta Yolu ile: GÜVENEVLER MAH. 1919.SK. NO:3/4 YENİŞEHİR MERSİN adresimize gönderebilirsiniz.

E-Posta(elektronik posta) yolu ile: bu başvuru formunu doldurup imzalayarak info@cetinokuyaz.com e-posta adresine gönderebilirsiniz.

Tarafımıza iletilmiş olan başvurularınız KVK Kanunu'nun 13. maddesinin 2. fıkrası gereğince, talebin niteliğine göre talebinizin bizlere ulaştığı tarihten itibaren otuz gün içinde yanıtlandırılacaktır.

Başvuru Formu					
Adı Soyadı		T.C. Kimlik numarası / Pasaport numarası		İletişim Bilgileri	
				Telefon. e-posta: Adres:	
İlgili kişi işaretleyiniz(x)					
Çalışan	Çalışan adayı	Müşteri	Tedarikçi	Ziyaretçi	Diğer(açıklayınız)
Talep Konusu(lütfen işaretleyiniz)					
<p>Kişisel verilerimin işlenip işlenmediğini öğrenmek istiyorum ().</p> <p>Kişisel verilerim işlenmişse, buna ilişkin bilgi talep ediyorum ().</p> <p>Kişisel verilerimin işleme amacını ve bu amaca uygun olarak işlenip işlenmediğini öğrenmek istiyorum ().</p> <p>Kişisel Verilerimin, yurtiçi veya yurtdışında aktarılan veya paylaşılan 3. Kişileri öğrenmek istiyorum ().</p> <p>Eksik veya yanlış olduğunu düşündüğüm kişisel verilerimin düzeltilmesini istiyorum ().</p> <p>Kişisel verilerimin silinmesi istiyorum ().</p> <p>Kişisel verilerimin paylaşıldığı ve aktarıldığı 3. Kişiler nezdinde de düzeltilmesini istiyorum ().</p> <p>Kişisel verilerimin paylaşıldığı ve aktarıldığı 3. Kişiler nezdinde de silinmesini istiyorum ().</p> <p>İşlenen kişisel verilerimin münhasıran otomatik sistemler vasıtasıyla analiz edilmesi suretiyle aleyhime bir sonucun ortaya çıktığını düşünüyorum ve bu sonuca itiraz etmek istiyorum ().</p> <p>Kişisel verilerimin kanuna aykırı işlenmesi nedeniyle zarara uğradım ve bu zararın tanzimini talep etmek istiyorum ().</p> <p>Diğer aykırı durumları lütfen açıklayınız:</p>					
Talebinize yönelik cevabımız 30 gün içersin de size iletilecek. Lütfen iletmemizi istediğiniz yöntemi seçiniz.					



Prof.Dr.
Çetin Okuyaz
Çocuk Sağlığı ve Çocuk Nöroloji Uzmanı

PROF. DR. ÇETİN OKUYAZ
Muayenehanesi
Hasta Kabul Formları

Doküman No
KVK-FR-05
İlk Yayın Tarihi
02.03.2021

Revizyon No/Tarihi
00/-
Sayfa
2/2

KİŞİSEL VERİ SAHİBİ BAŞVURU FORMU

E-posta adresime gönderilmesini istiyorum ().	Adresime gönderilmesini istiyorum ().	Elden teslim almak istiyorum ().	Farklı bir adrese göndermenizi talep ediyorum () Yazınız Adres:	Noter onaylı vekilim tarafından teslim alınacaktır ()
--	--	-----------------------------------	---	--

İşbu başvuru formu, kişisel verilerin korunması kanunu gereği işlenen verilerinizle ilgili haklı taleplerinizi içerecek şekilde başvuru yapmanızı sağlamak amacı ile oluşturulmuştur.

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 **Prof. Dr. Çetin OKUYAZ muayenehanesi** olarak, ek evrak ve malumat (Nüfus cüzdanı veya sürücü belgesi sureti vb.) talep etme hakkını saklı tuttuğumuzu bildiririz.

Form kapsamında iletmekte olduğunuz taleplerinize ilişkin bilgilerin doğru ve güncel olmaması ya da yetkisiz bir başvuru yapılması halinde **Prof. Dr. Çetin OKUYAZ muayenehanesi**, söz konusu yanlış bilgi ya da yetkisiz başvuru kaynaklı taleplerden dolayı mesuliyet kabul etmemektedir.

Başvuru Sahibi

Adı Soyadı :

Başvuru Tarihi :

İmza :