

ERSOY SAĞLIK GRUBU SAĞLIK HİZMETLERİ VERİ SAHİBİ BAŞVURU FORMU

1. GENEL

Siz veri sahipleri tarafından 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun ("KVKK") 11. ve 13'üncü maddeleri uyarınca yapılacak başvuruları ivedilikle, etkin ve kapsamlı bir şekilde değerlendirebilmek ve çözümleyebilmek adına, işbu Başvuru Formu¹, veri sorumlusu sıfatıyla Ersoy Sağlık Grubu tarafından hazırlanmıştır.

2. BAŞVURU YOLU

Siz veri sahipleri, KVKK'nın 11. ve 13. maddeleri uyarınca; veri sorumlusu sıfatı taşıyan Şirketimize, KVKK'nın uygulanmasıyla ilgili taleplerinizi yazılı olarak işbu Başvuru Formu'nun doldurulması suretiyle veya Kurulun belirleyeceği diğer yöntemlerle:

(i) Fatih Cad. No:175 Sultanbeyli / İstanbul (Sultanbeyli Ersoy Hastanesi) -Altay Çeşme Mah. Varna Sok. No:16 Maltepe / İstanbul (Maltepe Ersoy Hastanesi) -Kurtköy Mah. Ankara Cad. No: 390/3 Pendik / İstanbul (Kurtköy Ersoy Hastanesi), Türkiye adresine kargo ile ıslak imzanızı taşıyan bir dilekçe ile "Başhekim Sekreteryası" departmanı dikkatine Zarfına "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamında Bilgi Talebi" yazılarak gönderebilirsiniz,

(ii) Noter kanalıyla gönderebilir,

(iii) Ersoy Sağlık Grubu'na hitaben yazdığınız "word veya pdf." formatındaki bir dosyayı güvenli e- imza ile imzalayarak info@ersoyhastanesi.com.tr 'a e-posta'nın konu kısmına "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Bilgi Talebi" yazarak iletebilirsiniz.

(iv) VERİ SAHİBİNE İLİŞKİN BİLGİLER

Başvurunuz ile ilgili gerekli araştırma ve değerlendirmelerin yapılabilmesi ve konuya ilişkin çözümlerin geliştirilebilmesi amacıyla aşağıdaki alanları doğru ve eksiksiz bir biçimde doldurmanız gerekmektedir:

Ad Soyad*	
T.C Kimlik Numarası*	
Adres*	
Telefon Numarası*	
E-posta Adresi*	
Faks Numarası (isteğe bağlı)	

*Doldurulması zorunlu alanlar.

Yukarıda tarafımıza sunmuş olduğunuz kişisel verileriniz, münhasıran işbu Başvuru Formu'nun değerlendirilebilmesi, sonuçlandırılabilmesi ve sizinle iletişime geçilebilmesi amacıyla işlenmektedir.

Ersoy Sağlık Grubu ile olan ilişkinize dair uygun olan seçeneği işaretleyerek, mevcut ilişkinin hâlihazırda devam edip etmediğini aşağıda yer verilen bölümde belirtiniz.

Hasta

İş Ortağı

Ziyaretçi

Diğer (_____)

-
- Ersoy Sağlık Grubu ile olan ilişkim başvuru tarihi itibarıyla devam etmektedir.
- Ersoy Sağlık Grubu ile olan ilişkim (_____) tarihi itibarıyla sona ermiştir.

(v) VERİ SAHİBİNİN TALEPLERİ

Veri sahibi olarak, KVKK'nın 11. ve 13. maddeleri kapsamında bilgi sahibi olmak istediğiniz durum/durumlar için lütfen aşağıda yer verilen listedeki ilgili kutucuğu/kutucukları işaretleyiniz.

TALEBİNİZ	GEREKEN BİLGİ/BELGE	SEÇİMİNİZ
1. Kişisel verilerimin Ersoy Sağlık Grubu tarafından işlenip işlenmediğini öğrenmek istiyorum.	Özel bir veri türüne dair bilgi almak istiyorsanız lütfen belirtiniz.	<input type="checkbox"/>

2. Ersoy Sağlık Grubu tarafından kişisel verilerimin hangi amaçla işlendiğini öğrenmek istiyorum.	Özel bir veri türüne dair bilgi almak istiyorsanız lütfen belirtiniz.	<input type="checkbox"/>
3. Ersoy Sağlık Grubu tarafından kişisel verilerimin amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenmek istiyorum.	Özel bir veri türüne dair bilgi almak istiyorsanız lütfen belirtiniz.	<input type="checkbox"/>
4. Eğer kişisel verilerim yurtiçinde veya yurtdışında üçüncü kişilere aktarılıyorsa, aktarılan üçüncü kişileri bilmek istiyorum.	Özel bir veri türüne dair bilgi almak istiyorsanız lütfen belirtiniz.	<input type="checkbox"/>
5. Kişisel verilerimin eksik veya yanlış işlendiğini düşünüyorum ve bunların düzeltilmesini istiyorum.	Eksik ve yanlış işlendiğini düşündüğünüz bilgileri ve bu bilgilerin doğrusunun nasıl olması gerektiğini lütfen belirtiniz.	<input type="checkbox"/>
6. Eksik/yanlış işlendiğini düşündüğüm kişisel verilerimin aktarıldığı üçüncü kişiler nezdinde de düzeltilmesini istiyorum.	Eksik ve yanlış işlendiğini düşündüğünüz bilgileri ve bu bilgilerin doğrusunun nasıl olması gerektiğini lütfen belirtiniz.	<input type="checkbox"/>

7. Kişisel verilerimin işlenmelerini gerektiren sebeplerin ortadan kalkması nedeniyle silinmesini/yok edilmesini istiyorum.²	<p>Bu talebinize konu verilerin hangi veriler olduğunu ve aleyhinize olduğunu düşündüğünüz sonucun ne olduğunu lütfen belirtiniz, bu hususlara ilişkin tevsik edici bilgi ve belgelere Başvuru Formu ekinde yer veriniz.</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/>
8. Kişisel verilerimin işlenmelerini gerektiren sebeplerin ortadan kalkması nedeniyle aktarıldıkları üçüncü kişiler nezdinde de silinmesini/yok edilmesini istiyorum.³	<p>Bu talebiniz, kişisel bilgilerinizin yalnızca bir kısmına ilişkin ise bunların hangi veriler olduğunu ve bu talebinizin gerekçesini tevsik edici bilgi ve belgelerle birlikte belirtiniz, bu hususlara ilişkin tevsik edici bilgi ve belgelere lütfen Başvuru Formu ekinde yer veriniz.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/>
9. Ersoy Sağlık Grubu tarafından işlenen kişisel verilerimin münhasıran otomatik sistemler vasıtasıyla analiz edildiğini ve bu analiz neticesinde şahsım aleyhine bir sonuç doğduğunu düşünüyorum. Bu sonuca itiraz ediyorum.	<p>Bu talebinizin gerekçesini ve bilgi alma talebinize ilişkin durumun sonucunu belirtiniz, bu hususlara ilişkin tevsik edici bilgi ve belgelere lütfen Başvuru Formu ekinde yer veriniz.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/>
10. Kişisel verilerimin kanuna aykırı işlenmesi nedeniyle uğradığım zararın tazminini talep ediyorum.	<p>Bu talebinizin gerekçesini ve uğradığınızı düşündüğünüz zararı aşağıdaki boşlukta belirtiniz; bu hususlara ilişkin tevsik edici bilgi ve belgelere (örnek; Kişisel Verilerin Korunması Kurulu veya mahkeme kararları) lütfen Başvuru Formu ekinde yer veriniz.</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/>

Veri sahibi adına 3. kişiler tarafından yapılacak olan başvurularda, işbu Başvuru Formu ile birlikte noterce onaylanmış vekâletnamenin, velayet/vesayet altında bulunan çocuklar adına yapılacak başvurularda ise işbu Başvuru Formu ile birlikte velayet/vesayet ilişkisini tevsik edici belgelerin bir suretinin tarafımıza gönderilmesi gerekmektedir.

Kişisel verilerinizin güvenliğini sağlamak amacıyla, bilgi edinme başvurunuzun Ersoy Sağlık Grubu'na ulaştığında, Ersoy Sağlık Grubu, veri sahibi olduğunuzu teyit etmek amacıyla sizinle iletişime geçebilecek, bu hususta sizlerden bazı bilgi ve belgeler talep edebilecektir. Bu kapsamda tarafımıza sağlamış olduğunuz bilgi ve belgeler, veri sahibi olduğunuzun teyit edilmesini müteakip derhal imha edilecektir.⁴

Talep edilen bilgi ve belgelerin eksik olması durumunda, talebimiz üzerine bilgi ve belgelerin tamamlanarak tarafımıza iletilmesi gerekecektir. Bilgi ve belgeler tarafımıza tam olarak iletilene kadar talebin sonuçlandırılmasına ilişkin KVKK'nın 13/2 maddesinde belirtilen *otuz (30)* günlük süre askıya alınacaktır.

VERİ SAHİBİNİN TALEBİNİN SONUÇLANDIRILMASI

Niteliğine göre talebiniz, KVKK uyarınca bizlere ulaştığı tarihi takip eden en kısa sürede ve en geç otuz (30) gün içinde cevaplandırılacaktır. Cevaplarımız ve değerlendirmelerimiz, işbu Başvuru Formu'nda belirtilmiş olan seçiminize göre KVKK'nın 13. maddesi uyarınca yazılı veya elektronik ortam vasıtasıyla tarafınıza iletilecektir. Başvuru sonucunun posta, elektronik posta veya faks yöntemlerinden biriyle iletilmesine ilişkin öncelikli bir tercihiniz varsa, lütfen aşağıda belirtiniz:

Başvuruma ilişkin sonucun e-posta adresime gönderilmesini istiyorum.	<input type="checkbox"/>
Başvuruma ilişkin sonucun posta aracılığı ile adresime gönderilmesini istiyorum.	<input type="checkbox"/>
Başvuruma ilişkin sonucun faks yolu ile gönderilmesini istiyorum.	<input type="checkbox"/>

VERİ SAHİBİ BEYANI

KVKK uyarınca yapmış olduğum bilgi edinme başvurusunun, yukarıda belirttiğim talep/talepler çerçevesinde değerlendirilerek sonuçlandırılmasını rica eder, işbu başvuruda tarafınıza sağlamış olduğum bilgi ve belgelerin doğru, güncel ve şahsıma ait olduğunu kabul, beyan ve taahhüt ederim.

Veri Sahibi	
Adı Soyadı	
Başvuru Tarihi	
İmza	