

**6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Hakkında Kanun Çerçevesinde**

## **BİLGİ EDİNME BAŞVURU FORMU**

Siz veri sahipleri tarafından 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun ("**Kanun**") 11. ve 13'üncü maddeleri uyarınca yapılacak başvuruları ivedilikle, etkin ve kapsamlı bir şekilde değerlendirebilmek ve çözümlenebilmek adına, Başvuru Formu, veri sorumlusu sıfatıyla Health Care Business Danışmanlık Hizmetleri ve Ticaret Ltd. Şti. ("Health Care Business Danışmanlık Hizmetleri", "**Şirket**" veya "**Veri Sorumlusu**") tarafından hazırlanmıştır.

### **1. BAŞVURU YOLU**

Siz veri sahipleri, Kanun'un 11. ve 13. maddeleri uyarınca; veri sorumlusu sıfatı taşıyan Kliniğimize, Kanun'un uygulanmasıyla ilgili taleplerinizi yazılı olarak işbu formun doldurulması suretiyle veya Kurulun belirleyeceği diğer yöntemlerle:

- İşbu veri sahibi başvuru formunun ıslak imzalı bir kopyasını Salacak Mah. İhsan Dizdar Sk. A Apt. No: 13/1/17 Üsküdar / İstanbul adresine şahsenbaşvurarak,
- İşbu veri sahibi başvuru formunun ıslak imzalı bir kopyasını Salacak Mah. İhsan Dizdar Sk. A Apt. No: 13/1/17 Üsküdar / İstanbul adresine iadeli taahhütlü mektup yoluyla yahut noter aracılığıyla,
- İşbu veri sahibi başvuru formunun e-imzalı (güvenlik elektronik imza) bir kopyasını [kvkk@hcbusines.com](mailto:kvkk@hcbusines.com) e-posta adresine elektronik imzalı olarak,

iletebilirsiniz.

### **2. VERİ SAHİBİNE İLİŞKİN BİLGİLER**

Kanun'un ilgili maddesi uyarınca yapacağınız başvurunuzla ilgili olarak, sizleri tanıyabilmemiz ve Health Care Business Danışmanlık Hizmetleri tarafından gerekli araştırma, değerlendirme ve çözümlenmeleri yapabilmemiz amacıyla aşağıdaki bilgileri eksiksiz şekilde doldurmanızı rica ederiz.

Ad ve Soyad*	
T.C. Kimlik No*	
Adres*	
Telefon No*	
E-posta Adresi*	

*\*Doldurulması zorunlu alanlar*

Yukarıda tarafımıza sunmuş olduğunuz kişisel verileriniz, işbu formun değerlendirilebilmesi, sonuçlandırılabilmesi ve sizinle iletişime geçilebilmesi amacıyla alınmakta ve başka amaçlarla veri işlemeye konu olmamaktadır.

Health Care Business Danışmanlık Hizmetleri ile olan ilişkinize dair uygun olan seçeneği işaretleyerek, mevcut ilişkinin hâlen devam edip etmediğini aşağıdaki boşlukta belirtiniz.

- Müşteri**  **Çalışan Adayı**
- Ziyaretçi**  **Çalışan**
- İş Ortakları**  **Müşteri Çalışan Adayı**
- Diğer (.....)**

### 3. VERİ SAHİBİNİN TALEPLERİ

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

TALEBİNİZ	GEREKEN BİLGİ/BELGE	SEÇİM
1. Kişisel Verilerimin Veri Sorumlusu tarafından işlenip işlenmediğini öğrenmek istiyorum.	Özel bir veri türüne dair bilgi almak istiyorsanız lütfen belirtiniz.	<input type="radio"/>
2. Veri Sorumlusu tarafından kişisel verilerimin hangi amaçla işlendiğini öğrenmek istiyorum.	Özel bir veri türüne dair bilgi almak istiyorsanız lütfen belirtiniz.	<input type="radio"/>
3. Veri Sorumlusu tarafından kişisel verilerimin amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenmek istiyorum.	Özel bir veri türüne dair bilgi almak istiyorsanız lütfen belirtiniz.	<input type="radio"/>
4. Eğer kişisel verilerim yurtdışında veya yurtdışında üçüncü kişilere aktarılıyorsa, aktarılan üçüncü kişileri bilmek istiyorum.	silinmesini/yok edilmesini istiyorum.	<input type="radio"/>
5. Kişisel verilerimin eksik veya yanlış işlendiğini düşünüyorum ve bunların düzeltilmesini istiyorum.		<input type="radio"/>
6. Eksik/yanlış işlendiğini düşündüğüm kişisel verilerimin aktarıldığı üçüncü kişiler nezdinde de düzeltilmesini istiyorum.		<input type="radio"/>
7. Kişisel verilerimin işlenmelerini gerektiren sebeplerin ortadan kalması nedeniyle		<input type="radio"/>

Özel bir veri türüne dair bilgi almak istiyorsanız lütfen belirtiniz.

Eksik veya yanlış işlendiğini düşündüğünüz bilgileri ve bu bilgilerin doğrusunun nasıl olması gerektiğini lütfen belirtiniz.

Eksik veya yanlış işlendiğini düşündüğünüz bilgileri ve bu bilgilerin doğrusunun nasıl olması gerektiğini lütfen belirtiniz.

Bu talebinize konu verilerin hangilerinin olduğunu ve aleyhinize olduğunu düşündüğünüz sonucun ne olduğunu belirtiniz; bu hususlara

	ilişkin dayanak bilgi ve belgelere lütfen form ekinde yer veriniz.	
<b>8.</b> Kişisel verilerimin işlenmesini gerektiren sebeplerin ortadan kalkması nedeniyle aktarıldıkları üçüncü kişiler nezdinde de silinmesini/yok edilmesini istiyorum.	Bu talebiniz, kişisel bilgilerinizin yalnızca bir kısmına ilişkin ise bunların hangi veriler olduğunu açıklayınız; bu hususlara ilişkin dayanak bilgi ve belgelere lütfen form ekinde yer veriniz.	<input type="radio"/>
<b>9.</b> Veri Sorumlusu tarafından işlenen kişisel verilerimin münhasıran otomatik sistemler alma analiz edildiğini ve bu analiz neticesinde şahsım aleyhine bir sonuç doğduğunu düşünüyorum ve bu duruma itiraz ediyorum.	Bu talebinizin gerekçesini ve bilgi talebinize ilişkin durumun vasıtasıyla sonucu belirtiniz; bu hususlara ilişkin dayanak bilgi ve belgelere lütfen form ekinde yer veriniz.	<input type="radio"/>
<b>10.</b> Kişisel verilerimin kanuna aykırı işlenmesi nedeniyle uğradığım zararın tazminini talep ediyorum.	Bu talebinizin gerekçesini ve uğradığınızı düşündüğünüz zararı aşağıda belirtiniz; bu hususlara ilişkin dayanak bilgi ve belgelere lütfen form ekinde yer veriniz.	<input type="radio"/>

Veri sahibi adına 3. kişiler tarafından yapılacak olan başvurularda, işbu form ile birlikte noterce onaylanmış vekâletnamenin bir suretinin tarafımıza gönderilmesi gerekmektedir.

Kişisel verilerinizin güvenliğini sağlamak amacıyla, bilgi edinme başvurunuzun Health Care Business Danışmanlık Hizmetleri ulaştığı tarihten itibaren yedi (7) gün içinde, Health Care Business Danışmanlık Hizmetleri , 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.

Talep edilen bilgi ve belgelerin eksik olması durumunda, talebimiz üzerine bilgi ve belgelerin tamamlanarak tarafımıza iletilmesi gerekmektedir. Bilgi ve belgeler tarafımıza tam olarak iletilene kadar talebin sonuçlandırılmasına ilişkin Kanun madde 13/2’de belirtilen otuz (30) günlük süre askıya alınacaktır.

#### **4. VERİ SAHİBİNİN TALEBİNİN SONUÇLANDIRILMASI**

Niteliğine göre talebiniz, Kanun uyarınca bizlere ulaştığı tarihten itibaren, en kısa sürede ve en geç otuz (30) gün içinde cevaplandırılacaktır. Cevaplarımız ve değerlendirmelerimiz, işbu başvuru formundaki seçiminize göre Kanun’un 13. maddesi uyarınca yazılı veya elektronik ortam vasıtasıyla tarafınıza iletilecektir. Başvuru sonucunun posta veya elektronik posta yöntemlerinden biriyle iletilmesine ilişkin bir tercihiniz varsa, lütfen aşağıda belirtiniz:

<i>Başvuruma ilişkin sonucun kayıtlı e-posta adresime gönderilmesini istiyorum.</i>	<input type="radio"/>
<i>Başvuruma ilişkin sonucun posta aracılığıyla adresime gönderilmesini istiyorum.</i>	<input type="radio"/>

Talepleriniz Health Care Business Danışmanlık Hizmetleri tarafından ücretsiz sonuçlandırılacak olup, cevaplama sürecinin ayrıca bir maliyet

doğurması halinde, ilgili mevzuat çerçevesinde belirlenen tutarlarda ücret talep edilebilecektir.

#### 5. VERİ SAHİBİ BEYANI

Kanun 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.

Adı Soyadı	
Başvuru Tarihi	
İmza	