

I. Başvuru Sahibi Bilgileri	T.C. Kimlik No		
	Ad Soyad		
	Doğum Tarihi		
	Telefon No		
	Adres		
	<input type="checkbox"/> Veri sahibiyim (kendi verilerimi talep ediyorum)		
	<input type="checkbox"/> Veri sahibi yakınıyım (Yakınıma ilişkin verileri talep ediyorum) Yakınlık derecesi* belirtiniz: * Yasal temsilci iseniz ilgili kararı ek olarak iletiniz. <i>Not: Kişisel verilerinizin güvenliğini sağlamak amacıyla kimlik tespiti için ek evrak (Nüfus Cüzdanı vb) talep edilebilir.</i>		
II. Kurumla İlişki Bilgisi	Lütfen aşağıdaki seçeneklerden kurumumuzla olan ilginize uygun olanı işaretleyiniz.		
	<input type="checkbox"/> Hasta/ Hasta Yakını	<input type="checkbox"/> Çalışan/ Eski Çalışan/ Aday	<input type="checkbox"/> Tedarikçi/ Firma Çalışanı
	Hastalarımız için En son hizmet alınan birim; Son başvuru tarihi;	Çalışanlarımız için Durum; <input type="checkbox"/> Mevcut Çalışan <input type="checkbox"/> Eski Çalışan <input type="checkbox"/> Aday Çalışma dönemi (yıl); Adaylar için başvuru yılı;	Tedarikçilerimiz için Çalıştığınız firma adı; Firmanızdaki pozisyonunuz;
III. Talebe İlişkin Bilgi	<i>Lütfen talep ettiğiniz kişisel veriye ilişkin bir açıklama yapınız ve verinin konumuna dair sahip olduğunuz herhangi bir bilgi var ise paylaşınız (örneğin kurumumuz hizmet alınan hastaneyi, çalışıyorsanız departmanınızı, iletişimde bulunduğunuz kişileri uygun olduğu ölçüde açıklayınız).</i>		
	Lütfen talebinize vereceğimiz yanıt için gönderim yöntemini seçiniz <input type="checkbox"/> I. Bölümde belirttiğim adresime gönderim istiyorum <input type="checkbox"/> E-posta adresime gönderim istiyorum Belirtiniz: <input type="checkbox"/> Bizzat başvurarak elden teslim almak istiyorum		

Talep Eden Tarafından Doldurulacak	Kurum Tarafından Doldurulacak
Talep Tarihi	Teslim Alma Tarihi
Talep Eden Ad Soyad - İmza	Teslim Alan Ad Soyad - İmza

Açıklama: Kişisel verilerinizle ilgili taleplerinizi bu formu doldurarak, veri sorumlusu sıfatı ile işlendiği ölçüde Kişisel Verileri Koruma Kanunu (KVKK)'nın 11.maddesi gereği Flatofis Haliç, Defterdar, Otakçılar Caddesi No:78, 34050 Eyüp/ İstanbul adresine yazılı olarak posta yoluyla gönderebilir, elden teslim edebilir, noter kanalıyla gönderebilir, mlpsaglik@hs03.kep.tr adresine güvenli elektronik imza, mobil imza, kayıtlı elektronik posta (KEP) ya da kurumumuza daha önce ilettiğiniz sistemimizde kayıtlı elektronik posta adresiniz ile iletilebilirsiniz. Bu formda belirttiğiniz bilgi ve belgeler kurumumuz ile ilişkinizi doğru bir şekilde tespit etmek ve size kanuni süre içerisinde eksiksiz yanıt verebilmek için talep edilmektedir.