

I. Başvuru Sahibi Bilgileri	T.C. Kimlik No		
	Ad Soyad		
	Doğum Tarihi		
	Telefon No		
	Adres		
	<input type="checkbox"/> Veri sahibiyim (kendi verilerimi talep ediyorum)		
Veri sahibi yakınıyım (Yakınıma ilişkin verileri talep ediyorum)			
<input type="checkbox"/> 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 yönteminizi 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: Bu aydınlatma metni 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ("KVKK") uyarınca veri sorumlusu Mlp Sağlık Hizmetleri A.Ş. ("Şirket") tarafından hazırlanmıştır. Şirket, <http://www.mlpcare.com/content/KVK-Bagli-Istirak.pdf> adresindeki web sitemiz üzerinde belirtilmiş olan tüm bağlı iştirakler ve hastaneleri içinde barındıran bir sağlık grubunun ("MLPCARE") üyesidir. Formu doldurarak ilettiğiniz kişisel verilerinizin talep formunun değerlendirilmesi ve sonuçlandırılması amacıyla, "bir hakkın tesisi, kullanılması veya korunması için veri işlemenin zorunlu olması" hukuki sebebiyle işlenecek, aynı amaç ve hukuki sebeple yurtiçinde yer alan grup şirketlerimize ve hizmet aldığımız üçüncü kişilere aktarılacaktır. KVKK'nın kapsamındaki haklarınız kapsamında başvurularınızı "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 iletebilirsiniz.