

I. Başvuru Sahibi Bilgileri	T.C. Kimlik No :		
	Adı Soyadı :		
	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 derecesini* belirtiniz : * Yasal temsilci iseniz ilgili kararı ek olarak iletiniz.			
<b>NOT:</b> Kişisel verilerinizin güvenliğini sağlamak amacıyla kimlik tespiti için ek evrak (Nüfus Cüzdanı vb.) talep edilebilir.			
II. Kurumla İlişki Bilgisi	Lütfen aşağıdaki seçeneklerden kurumumuzla olan ilginize uygun olanı işaretleyiniz.		
	<input type="checkbox"/> Hasta / Hasta Yakını	<input type="checkbox"/> Hasta / Hasta Yakını	<input type="checkbox"/> Hasta / Hasta Yakını
	<b>Hastalarımız için</b>	<b>Çalışanlarımız için</b>	<b>Tedarikçilerimiz için</b>
En son hizmet alınan birim ;	Durum; <input type="checkbox"/> Mevcut Çalışan      Eski Çalışan <input type="checkbox"/> Aday	Çalıştığınız firma adı ;	
Son başvuru tarihi ;	Çalışma dönemi (yıl) ; Adaylar için başvuru yılı ;	Firmanızdaki pozisyonunuz ;	
III. Talebe İlişkin Bilgi	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)		
	Lütfen talebinize yanıt için gönderim yöntemini seçiniz. <input type="checkbox"/> Adresime gönderim istiyorum. <input type="checkbox"/> E-Posta adresime gönderim istiyorum. <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) :		Talep 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 Özel OTA Polikliniği, Ortabağçe Caddesi, No:7, K:1-2 Beşiktaş/ İstanbul adresine elden teslim edebilir veya noter kanalıyla gönderebilirsiniz. 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.