

URLU SAĞLIK HİZMETLERİ VE TİCARET A.Ş.

İLGİLİ KİŞİ BAŞVURU FORMU

6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nda ("**Kanun**") ilgili kişi olarak tanımlanan kişisel veri sahiplerine ("**İlgili Kişi**"), Kanun'un 11. maddesinde kişisel verilerinin işlenmesine ilişkin belirli haklar tanınmıştır.

Kanunun 13. maddesinin 1. fıkrası uyarınca; veri sorumlusu olan hastanemize bu haklara ilişkin olarak yapılacak başvuruların yazılı olarak veya Kişisel Verileri Koruma Kurulu ("**Kurul**") tarafından belirlenen diğer yöntemlerle iletilmesi gerekmektedir.

Bu çerçevede "yazılı" olarak hastanemize yapılacak başvuruların, işbu formun çıktısı alınarak;

- Başvuru Sahibinin şahsen başvurusu ile
- Noter vasıtası ile,
- Başvuru Sahibince 5070 Sayılı Elektronik İmza Kanununda tanımlı olan "güvenli elektronik imza" ile imzalanarak Hastane kayıtlı elektronik posta adresine gönderilmek suretiyle,
- Mobil İmza ya da e-posta ile başvuru ile tarafımıza iletilmesi gerekmektedir.

Başvuru Yöntemi	Başvurunun Yapılacağı Adresi	Başvurunun İçerisinde Belirtilecek Bilgi
Şahsen Başvuru (İlgili kişinin bizzat gelmek suretiyle kimliğini tevsik eder bir belge ile başvurusu)	Beştelsiz Mah. 101. Sokak. No:107 Akşemsettin Tramvay Durağı/ Zeytinburnu	Zarfin üzerine "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Bilgi Talebi" yazılması gerekmektedir.
İadeli Taahhütlü Mektup ya da Noter Kanalıyla	Beştelsiz Mah. 101. Sokak. No:107 Akşemsettin Tramvay Durağı/ Zeytinburnu	Zarfin üzerine "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Bilgi Talebi" yazılması gerekmektedir.
Kayıtlı Elektronik Posta (KEP) Yoluyla işbu formun 5070 Sayılı Elektronik İmza Kanunu hükümlerine uygun olarak atılmış güvenli elektronik imza ile imzalanarak	urlu@hs01.kep.tr	E-posta'nın konu kısmına "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Bilgi Talebi" yazılması gerekmektedir.
Mobil İmza ya da E-posta İle Başvuru (İlgili kişi tarafından veri sorumlusuna daha önce bildirilen ve veri sorumlusunun sisteminde kayıtlı bulunan elektronik posta adresini kullanmak suretiyle)	...[●]	E-posta'nın konu kısmına "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Bilgi Talebi" yazılması gerekmektedir.

Açıklamalı [iD1]: Teyidi rica olunur.

Açıklamalı [iD2]: Süreçler kapsamında kullanılacak mail adresinin yazılması gerekmektedir.

Yukarıda belirtilen kanallar Kanunun 13. maddesinin 1. fıkrası gereğince “yazılı” başvuru kanallarıdır. Kurul’un belirleyeceği diğer yöntemler duyurulduktan sonra bu yöntemler üzerinden de başvuruların ne şekilde alınacağı Hastanemiz tarafından duyurulacaktır.

URLU SAĞLIK HİZMETLERİ VE TİCARET A.Ş.
İLGİLİ KİŞİ BAŞVURU FORMU

Başvuruda bulunan veri sahibinin kimlik ve iletişim bilgileri:

Adı Soyadı :
Doğum Tarihi ve T.C. Kimlik No : .../.../... ..
Yabancılar İçin Uyruk :
Yabancılar İçin Pasaport No :
Yabancılar İçin Varsa Kimlik No :
Telefon Numarası :
Varsa Faks Numarası :
E-posta Adresi :
Adres :

Başvuruyu veri sahibi adına yapan vekilin kimlik ve iletişim bilgileri:

(Bu bölüm veri sahibi kişiyi vekaleten başvuru yapan bir vekilin olması hâlinde doldurulacaktır.)

Adı Soyadı :
Doğum Tarihi ve T.C. Kimlik No : .../.../... ..
Yabancılar İçin Uyruk :
Yabancılar İçin Pasaport No :
Yabancılar İçin Varsa Kimlik No :
Telefon Numarası :
Varsa Faks Numarası :
E-posta Adresi :
Adres :

Lütfen Hastanemiz ile olan ilişkinizi belirtiniz: (“Hasta, ziyaretçi, iş ortağı, çalışan, çalışan aday, stajyer, eski çalışan, üçüncü taraf firma çalışanı, diğer (belirtiniz)” gibi)

☐ Hasta	☐ İş Ortağı
☐ Ziyaretçi	☐ Diğer:
Hastanemiz içerisinde iletişimde olduğunuz birim:..... Konu:	
☐ Mevcut Çalışanıyım ☐ Eski Çalışanım <i>Çalıştığım Yıllar :</i> ☐ Diğer:	☐ İş Başvurusu / Özgeçmiş Paylaşımı Yaptım <i>Tarih :</i> ☐ Üçüncü Kişi Firma Çalışanıyım <i>Lütfen çalıştığınız firma ve pozisyon bilgisini belirtiniz</i>

Lütfen KANUN kapsamındaki talebinizi detaylı olarak belirtiniz. Konuya ilişkin bilgi ve belgeler başvuruya eklenmelidir.

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a guide for handwriting practice. There are no margins, text, or other markings on the page.

Lütfen başvuruza vereceğimiz yanıtın tarafınıza bildirilme yöntemini seçiniz:

- ☐ Adresime gönderilmesini istiyorum.
☐ E-posta adresime gönderilmesini istiyorum.
☐ Elden teslim almak istiyorum.

(Vekâleten teslim alınması durumunda vekâletname veya yetkili kişinin yetkisini gösterir belgenin olması gerekmektedir.)

İşbu başvuru formu, Hastanemiz ile olan ilişkinizi tespit ederek, varsa, Hastanemiz tarafından işlenen kişisel verilerinizi eksiksiz olarak belirleyerek, ilgili başvuruza doğru ve kanuni süresinde cevap verilebilmesi için tanzim edilmiştir. Hukuka aykırı ve haksız bir şekilde veri paylaşımından kaynaklanabilecek hukuki risklerin bertaraf edilmesi ve özellikle kişisel verilerinizin güvenliğinin sağlanması amacıyla, kimlik ve yetki tespiti için Hastanemiz ek evrak ve malumat (Nüfus cüzdanı veya sürücü belgesi sureti vb.) talep etme hakkını saklı tutar.

Talebinize konu işlemin ayrıca bir maliyet gerektirmesi hâlinde “Veri Sorumlusuna Başvuru Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ”in 7. maddesi uyarınca ve Kişisel Verileri Koruma Kurulu tarafından belirlenen tarife göre tarafınızdan ücret talep edilebilecektir. Form kapsamında iletmekte olduğunuz taleplerinize ilişkin bilgilerin doğru ve güncel olmaması ya da yetkisiz bir başvuru yapılması halinde Hastanemiz, söz konusu güncel olmayan bilgi, yanlış bilgi ya da yetkisiz başvuru kaynaklı taleplerden dolayı mesuliyet kabul etmemektedir.

İşbu forma ilişkin süreçler, Kanun ve diğer mevzuata, Kurul’un ilke kararlarına, Urlu Sağlık Hizmetleri ve Ticaret Anonim Şirketi Veri İşleme ve İmha Politikası’na uygun şekilde yürütülmektedir.

Başvuru Tarihi : / /

Başvuranın Adı Soyadı : İmzası :

Hastanemiz tarafından doldurulacaktır:

Tarih : / /

Teslim Alanın Adı Soyadı : İmzası :