

KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU (KVKK) UYARINCA BİLGİ TALEP FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	Ad Soyad		T.C. Kimlik No			
	E - Mail		Telefon			
	Doğum Tarihi		Doğum Yeri			
	Adres					
	<input type="checkbox"/>	Veri sahibiyim (Kendi verilerimi talep ediyorum)				
	<input type="checkbox"/>	Veri sahibi yakınıyım (Yakınıma ilişkin verileri talep ediyorum)				
	Yakını iseniz yakınlık derecesini belirtiniz (Yasal temsilci iseniz ilgili kararı ek olarak iletiniz.)					
Not: Kişisel verilerinizin güvenliğini sağlamak amacıyla kimlik tespiti için ek evrak (Nüfus Cüzdanı vb.) talep edilebilir.						
KURUMLA İLİŞKİ BİLGİSİ	Lütfen aşağıdaki seçeneklerden kurumumuzla olan ilişkinize uygun olanı işaretleyiniz.					
	<input type="checkbox"/>	Ürün veya Hizmet Alan Kişi	<input type="checkbox"/>	Çalışan/Eski Çalışan/Aday	<input type="checkbox"/>	Tedarikçi/ Firma Çalışanı
	Ürün veya Hizmet Alan Kişi için		Çalışanlarımız için Mevcut Durum		Tedarikçilerimiz için	
	En son hizmet alınan birim;		<input type="checkbox"/>	Mevcut Çalışan	Çalıştığınız Firma Adı	
			<input type="checkbox"/>	Eski Çalışan		
		<input type="checkbox"/>	Çalışan Adayı / Stjayer			
Son başvuru tarihi;/...../20...		Çalışma dönemi yıl: Adaylar için başvuru yılı:		Firmanızdaki pozisyonunuz		
Diğer:						
TALEBE İLİŞKİN BİLGİ	Lütfen talep ettiğiniz kişisel veriye ilişkin bir açıklama yapınız ve verinin konumuna dair sahip olduğunuz herhangi bir bilgi var ise paylaşınız (örneğin çalışıyorsanız departmanınızı, iletişimde bulunduğunuz kişileri uygun olduğu ölçüde açıklayınız).					

Lütfen talebinize vereceğimiz yanıt için sizinle kurmanızı istediğiniz iletişim şeklini seçiniz.			<input type="checkbox"/> Açık adresime ücretli kargo ile gönderiniz.			
			<input type="checkbox"/> Belirttiğim E-posta adresime gönderiniz.			
			<input type="checkbox"/> Bizzat başvurarak elden teslim almak istiyorum.			
Talep Eden Tarafından Doldurulacak			Kurum Tarafından Doldurulacak			
Talep Tarihi:/...../20.....			Teslim Alma Tarihi:/...../20.....			
Talep Eden Adı Soyadı:			Teslim Alan Adı Soyadı:			
İmza:			İmza:			
Açıklama: Kişisel verilerinizle ilgili taleplerinizi bu formu doldurarak, veri sorumlusu sıfatı ile işlendiği ölçüde Kişisel Verileri Koruma Kanunu'nun 11.maddesi gereği Duru Sağlık Hizmetleri İnş.Tur.San.Ve Tic.Ltd.Şti. MİMAR SİNAN MAHALLESİ UZAYAN SOKAK NO: 3/1 PURSAKLAR ANKARA adresine elden teslim edebilir veya noter kanalıyla gönderebilirsiniz. Ayrıca başvuru formunu 5070 Sayılı Elektronik İmza Kanununda tanımlı olan "güvenli elektronik imza" ile imzalayarak kurumumuzun kayıtlı elektronik posta (KEP) adresine gönderebilirsiniz. Bu formda belirttiğiniz bilgi ve belgeler kurumumuz ile ilişkinizi doğru bir şekilde tespit etmek ve size kanuni süre içerisinde yanıt verebilmek için talep edilmektedir. Mevzuatın öngördüğü ücret tarafınızdan talep edilebilecektir.						