

	<b>Kişisel Veri Sahibi Başvuru Formu</b>	YAYIM TARİHİ
		22/02/2020

#### **GENEL AÇIKLAMALAR:**

6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nda ("KVKK") "ilgili kişi" olarak tanımlanan kişisel veri sahiplerine, ("Veri Sahibi") kişisel verilerinin işlenmesi ile ilgili KVKK'nın 11. Maddesi'nde sayılan haklara ilişkin Veri Sorumlusu'na yani **ÖZEL DURUPOL AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI POLİKLİNİĞİ SANAYİ VE TİCARET LİMİTET ŞİRKETİ'NE** (kısaca Durupol Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği) başvurma hakkı tanınmıştır. Bu haklara ilişkin tarafımıza yapılacak başvuruların, KVKK' nın 13. maddesinin 1. fıkrası ve Veri Sorumlusuna Başvuru Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ'in ilgili hükümleri uyarınca yazılı olarak veya elektronik ortamda ve aşağıda yer alan yöntemlerle tarafımıza iletilmesi gerekmektedir.

#### **BAŞVURU YÖNTEMLERİ:**

Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında tarafımıza yapılacak başvurularda, 10.03.2018 tarih 30356 sayılı Resmî Gazete 'de yayımlanarak yürürlüğe giren Veri Sorumlusuna Başvuru Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ' in 5/2 maddesi uyarınca, veri sahibine ilişkin ad, soyad ve başvuru yazılı ise imza, Türkiye Cumhuriyeti vatandaşları için T.C. kimlik numarası, yabancılar için uyruğu, pasaport numarası veya varsa kimlik numarası, tebligata esas yerleşim yeri veya iş yeri adresi, varsa bildirim esas elektronik posta adresi, telefon ve faks numarası ve talep konusu bilgilerinin bulunması zorunludur.

**Taleplerinize sağlıklı bir şekilde yanıt verilebilmesi için talep içeriğinizin açık, anlaşılır ve tarih yönünden belirlenebilir olması önemlidir. Bu nedenle işbu başvuru formu ile tarafınızdan istenen bilgi ve belgelerin, eksiksiz ve doğru bir şekilde doldurularak Durupol Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği'ne aşağıdaki yollarla, başvuru yapılması gerekmektedir.**

#### **Yazılı Başvurular:**

Durupol Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği'ne yapılacak yazılı başvurular, yukarıdaki bilgileri içeren ve eksiksiz olarak doldurulmuş işbu "Kişisel Veri Sahibi Başvuru Formu" nun ıslak imzalı bir kopyasının,

- Durupol Ağız ve Diş Polikliniğine şahsen veya KVKK m.11 kapsamında sayılan haklara ilişkin başvuru yapmaya yetkili olduğunu gösterir ve noter tasdikli bir vekâletname ile vekaleten teslim edilmesi veya noter aracılığıyla;  
"Bahçelievler Mh. Mevlâna Cd. No:9 Talas / Kayseri" adresine gönderilmesi suretiyle iletilmelidir.

## Elektronik Başvurular:

Durupol Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği'ne yapılacak elektronik başvurular, yukarıdaki bilgileri içeren ve eksiksiz olarak doldurulmuş işbu "Kişisel Veri Sahibi Başvuru Formu" nun

- 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'nda tanımlı olan "güvenli elektronik imza" sertifikasına sahip bir elektronik ya da mobil imza ile imzalanarak, "Durupol Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği'nin Kayıtlı Elektronik Posta (KEP) adresi olan ["durupolagizvedissagligi@hs01.kep.tr"](mailto:durupolagizvedissagligi@hs01.kep.tr) adresine gönderilmesi suretiyle,
- Başvuruda bulunan ilgili kişiye ait ve bu ilgili kişi tarafından Durupol Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği'ne daha önce bildirilen ve Durupol Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği sisteminde kayıtlı bulunan elektronik posta adresinden [info@durupol.com](mailto:info@durupol.com) adresine elektronik posta olarak gönderilmesi suretiyle,
- Durupol Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği tarafından başvuru amacına yönelik geliştirilmiş bir yazılım ya da uygulamanın kullanılması suretiyle iletilmelidir.

(Hali hazırda, Durupol Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği tarafından bu yöne ilişkin geliştirilen bir yazılım ya da uygulama bulunmamaktadır. Bu uğurda bir yazılım ya da uygulama geliştirilmesi halinde [www.durupol.com](http://www.durupol.com) adresinde iletişim başlığı altında yayımlanacaktır.)

Tarafımıza iletilmiş olan başvurularınız, talebinizin niteliğine göre, talebinizin Durupol Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği'ne ulaştığı tarihten itibaren "en kısa sürede ve en geç otuz gün içinde" etkin, hukuka uygun ve dürüstlük kurallarına uygun bir şekilde sonuçlandırılacak ve yazılı veya elektronik ortamda cevaplanacaktır.

Durupol Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği tarafından başvurunuzla ilgili herhangi bir eksikliğin tespit edilmesi halinde, bu eksikliğin tarafınıza bildirilmesinden itibaren en geç yedi (7) gün içerisinde eksikliğin tarafınızca giderilmemesi halinde, talebiniz, Durupol Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği tarafından eksiklik giderilene kadar askıya alınacaktır.

Ancak, işlemin ayrıca bir maliyeti gerektirmesi halinde, Veri Sorumlusuna Başvuru Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ' in 7. Maddesi uyarınca, on sayfaya kadar ücret alınmayacak; on sayfanın üzerindeki her sayfa için ise 1,00 Türk Lirası işlem ücreti alınacaktır.

## BAŞVURU SAHİBİNE İLİŞKİN BİLGİLER

İsim, Soy isim:

T.C. Kimlik No:

Uyruğu:

Olması Halinde Pasaport Numarası/Yabancı Kimlik Numarası:

E-posta adresi:

Adres:

Cep Telefonu:

Lütfen Kurumumuz ile olan ilişkinizi belirtiniz.

<input type="checkbox"/> Çalışan <input type="checkbox"/> Hasta <input type="checkbox"/> Ziyaretçi <input type="checkbox"/> Eski Çalışan -Lütfen Çalıştığınız yılı ve pozisyonu belirtiniz:  -Lütfen Mezun olduğunuz yılı ve bölümü belirtiniz:	<input type="checkbox"/> Çalışan adayı/İş başvurusu -Lütfen başvuru tarihini ve başvurulan pozisyonu belirtiniz:  <input type="checkbox"/> Üçüncü kişi firma çalışanı -Lütfen Çalıştığınız firma/kurum ve pozisyonu belirtiniz:  <input type="checkbox"/> Diğer (tedarikçi, iş ortağı vb.) -Lütfen firma/kurum adını belirtiniz:
Kurumumuz içerisinde görüştüğünüz Birim/Kişi:  Konu:	

**Lütfen kanun kapsamındaki talebinizi detaylı olarak açıklayınız:**

<b>Talep No</b>	<b>Talep Konusu</b>	<b>Seçiminiz (lütfen doldurun)</b>
<b>1</b>	Durupol Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği'nin hakkımda kişisel veri işleyip işlemediğini öğrenmek istiyorum. (KVKK M.11/1-a)	
<b>2</b>	Durupol Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği hakkımda kişisel veri işliyorsaa, bu veri işleme faaliyetleri hakkında bilgi talep ediyorum. (KVKK M.11/1-b)	
<b>3</b>	Durupol Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği hakkımda kişisel veri işliyorsaa, bunların işleme amacını ve işleme amacına uygun kullanılıp kullanmadığını öğrenmek istiyorum. (KVKK M.11/1-c)	
<b>4</b>	Kişisel verilerim yurtiçinde veya yurtdışında üçüncü kişilere aktarılıyorsa, aktarılan bu üçüncü kişileri, bilmek istiyorum. (KVKK M.11/1-ç)	
<b>5</b>	Kişisel verilerimin eksik veya yanlış işlendiği düşünüyorum ve bunların düzeltilmesini istiyorum. (KVKK M.11/1-d)  Düzeltilmesini istediğiniz kişisel verinizi "Seçiminiz" alanına yazınız ve destekleyici belgeleri, ek olarak gönderiniz.	Düzeltililecek veri;
<b>6</b>	Kişisel verilerimin işlenmesini gerektiren sebeplerin ortadan kalktığını düşünüyorum ve bu çerçevede kişisel verilerimin;  a) Silinmesini talep ediyorum. b) Yok edilmesini talep ediyorum. (KVKK M.11/1-e)	<i>Seçiminizi yazı ile yazınız.</i>

<b>7</b>	Eksik ve yanlış işlendiğini düşündüğüm kişisel verilerimin, a)Düzeltilmesi, b)Silinmesi, c)Yok edilmesi, Talebim hakkında yapılan işlemlerin kişisel verilerimin aktarıldığı üçüncü kişilere bildirilmesini istiyorum. (KVKK M.11/1-f)	<i>Seçiminizi yazı ile yazınız.</i>
<b>8</b>	Durupol Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği tarafından işlenen kişisel verilerimin münhasıran otomatik sistemler vasıtasıyla analiz edildiğini ve bu analiz neticesinde şahsen aleyhime bir sonuç doğduğunu düşünüyorum. Bu sonuca itiraz ediyorum. Aleyhinize olduğunu düşündüğünüz analiz sonucunu "Seçiminiz" alanına yazınız ve itirazınızı destekleyen belgeleri ek olarak gönderiniz. (KVKK M.11/1-g)	Analiz Sonucu Ortaya Çıkan Veri;
<b>9</b>	Kişisel verilerimin kanuna aykırı işlenmesi nedeniyle zarara uğradım. Bu zararın tazminini talep ediyorum. (KVKK M.11/1-ğ)  Kanuna aykırılığa konu olan hususu "Seçiminiz" alanına yazınız ve destekleyici belgeleri ek olarak gönderiniz. (Mahkeme kararı, Kurul kararı, maddi zararın tutarını gösteren belgeler vb.)	Kanuna Aykırı İşlenen Veri;

**Lütfen başvurunuza vereceğimiz yanıtın tarafınıza bildirilme yöntemini seçiniz:**

Adresime gönderilmesini istiyorum.

E-posta veya KEP adresime gönderilmesini istiyorum.

(E-posta yöntemini seçmeniz halinde, size daha hızlı yanıt verebileceğiz.)

Elden teslim almak istiyorum.

(Vekâleten teslim alınması durumunda noter tasdikli vekâletname olması gerekmektedir.)

İşbu "Başvuru Formu", Durupol Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği ile olan ilişkinizi tespit edebilmek, varsa, Durupol Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği tarafından işlenen kişisel verilerinizi eksiksiz olarak belirleyebilmek ve ilgili başvurunuza doğru ve kanuni süresi içerisinde cevap verebilmek için tanzim edilmiştir. Hukuka aykırı ve haksız bir şekilde veri paylaşımından kaynaklanabilecek hukuki risklerin önlenmesi ve özellikle kişisel verilerinizin güvenliğinin sağlanması ve talebinize ilişkin sağlıklı bir inceleme yapılabilmesi amacıyla Durupol Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği,

başvurunuz ile ilgili, kimlik ve/veya yetki tespitine veya talebinize ilişkin ek evrak talep etme hakkını saklı tutmaktayız. Bununla beraber Durupol Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği'ne iletmekte olduğunuz taleplerinize ilişkin bilgilerin doğru ve güncel olmaması ya da Durupol Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği'ne yetkisiz bir başvuru yapılması halinde Durupol Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği, söz konusu yanlış bilgi ya da yetkisiz başvuru kaynaklı taleplerden sorumluluk kabul etmemektedir.

Yukarıda belirttiğim talepler doğrultusunda, Durupol Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği'ne yapmış olduğum başvurumun, Kanun'un 13'üncü maddesi uyarınca değerlendirilerek, tarafıma bilgi verilmesini rica ederim.

Başvuru Sahibi (Kişisel Veri Sahibi)

Adı, Soyadı :

Tarih :

İmza :