

<b>I. Başvuru Sahibi Bilgileri</b>	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:			
<b>*Yasal temsilci iseniz ilgili kararı ek olarak iletiniz.</b>			
<b>NOT: Kişisel verilerinizin güvenliğini sağlamak amacıyla kimlik tespiti için ek evrak (nüfus cüzdanı) talep edilebilir.</b>			
<b>II.</b>	Lütfen aşağıdaki seçeneklerden kurumumuzla olan ilginize uygun olanı işaretleyiniz.		
	<input type="checkbox"/> Hasta/ Hasta Yakini	<input type="checkbox"/> Çalışan/ Eski Çalışan/ Aday	<input type="checkbox"/> Tedarikçi/ Firma Çalışanı
<b>Kurumla İlişki Bilgisi</b>	<b>Hastalarımız için;</b>	<b>Çalışanlarımız için;</b>	<b>Tedarikçilerimiz için;</b>
	En son hizmet alınan birim; Son başvuru tarihi;	Durum; <input type="checkbox"/> Mevcut Çalışan <input type="checkbox"/> Eski Çalışan <input type="checkbox"/> Aday Çalışma dönemi (yıl); Adaylar için başvuru yılı;	Çalıştığınız Firma Adı; Firmadaki Pozisyonunuz;
<b>III. Talebe İlişkin Bilgi</b>	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 vereceğimiz yanıt için gönderim yöntemini 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 almak istiyorum.			

**AÇIKLAMA:** Kişisel verilerinizle ilgili bu formu doldurarak, veri sorumlusu sıfatı ile işlendiği ölçüde Kişisel Verileri Koruma Kanunu(KVKK)'nın 11.maddesi gereği ACIDEREOSB MAH. İNÖNÜ BULV. 8/2/B106 SARIÇAM/ADANA adresime yazılı olarak posta yoluyla gönderilebilir, elden Teslim edebilir, noter kanalıyla gönderebilir, [hekimbey@hs01.kep.tr](mailto:hekimbey@hs01.kep.tr) adresine güvenli elektronik imza, mobil imza, kayıtlı elektronik imza(kep) ya da kurumumuza daha önce ilettiğiniz sistemimizde kayıtlı elektronik adresiniz ile iletebilirsiniz. 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.

Talep Eden Tarafından Doldurulacak	Kurum Tarafından Doldurulacak
Talep Tarihi:	Teslim Alma Tarihi:
Talep Eden Ad Soyad:	Teslim Alan Ad Soyad :
İMZA:	İMZA: