

ÖZEL YAŞAM HASTANESİ
KİŞİSEL VERİLERE ERİŞİM TALEP FORMU

BAŞVURU SAHİBİ BİLGİLERİ	T.C. Kimlik No		
	Ad Soyad		
	Doğum Tarihi		
	Telefon No		
	Adres		
	<input type="checkbox"/> Veri Sahibiyim (Kendi Verilerimi Talep Ediyorum)		
<input type="checkbox"/> Veri Sahibi Yakınıyım (Yakınıma İlişkin Verileri Talep Ediyorum)			
Yakınlık Derecesi:			
* Yasal Temsilci iseniz ilgili kararı ek olarak iletiniz.			
* Kişisel verilerinizin güvenliğini sağlamak amacıyla kimlik tespiti için nüfus cüzdanı vb talep edilebilir.			
KURUMLA İLİŞKİ BİLGİLERİ	Kurumumuzla Olan İlginiz		
	<input type="checkbox"/> Hasta/Hasta Yakını <input type="checkbox"/> Çalışan/Eski Çalışan/Aday <input type="checkbox"/> Tedarikçi/Firma Çalışanı		
	Hastalarımız İçin	Çalışanlarımız İçin	Tedarikçilerimiz İçin
	En Son Hizmet Alınan Birim:	Mevcut Çalışan <input type="checkbox"/>	Çalıştığınız Firma Adı:
Son Başvuru Tarihi:	Eski Çalışan İçin Çalışma Dönemi:	Firmanızdaki Pozisyonunuz:	
	Adaylar İçin Başvuru Yılı:		
TALEBE İLİŞKİN BİLGİ	Lütfen talep ettiğiniz kişisel veriye ilişkin bir açıklama yapınız ve verinin konumuna dair sahip olduğunuz herhangi bir bilgi varsa paylaşınız.		
	Yanıt İçin Gönderim Yöntemini Seçiniz		
<input type="checkbox"/> Adresime Gönderim İstiyorum			
<input type="checkbox"/> E-Posta Adresime Gönderim İstiyorum			
<input type="checkbox"/> Bizzat Başvurarak Elden Teslim Almak İstiyorum			

Talep Eden		Kurum	
Talep Tarihi :		Teslim Alma Tarihi :	
Ad Soyad :		Teslim Alan Ad ve Soyadı :	
İmza. :		İmza :	

..... (Evrak Kodu Girilecek)