

## KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU UYARINCA BAŞVURU FORMU

Başvuru Tarihi: ...../...../.....

- Kendisine ait "Kişisel Verinin Talebi"  
 Başkasına ait "Kişisel Verinin Talebi" halinde (19 yaşından gün almamış ise ebeveynleri ya da velayet sahibi, vesayet altında ise vasisi, ilgili kişinin bu yönde açıkça vekâlet vermiş olduğu kişiler)

### A. Başvuruda bulunan Kişinin iletişim bilgileri:

Adı Soyadı: .....

İmza:.....

Doğum Tarihi:..... /..... /.....

T.C. Kimlik No: .....

Telefon Numarası: .....

E-posta: .....

Adresi .....

Adres: .....

### B. Talebi yapılan Kişisel Verinin sahibi:

Adı Soyadı: .....

İmza: .....

Doğum Tarihi: ..... /..... /.....

T.C. Kimlik No: .....

Telefon Numarası: .....

E-posta

Adresi: .....

### C. Lütfen BravoDent ile olan ilişkinizi belirtiniz. ("Hasta, eski çalışan, üçüncü taraf, BravoDent' e hizmet sunan firma çalışanı gibi) BravoDent'te sağlık hizmeti alanlar dolduracaktır.

- Ayakta Tedavi Oldum  
 Yatarak Tedavi Oldum  
 Ameliyat Oldum  
 Diğer:

Hizmet Alınan Sağlık Birimleri:

BravoDent Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği'nde çalışanlar dolduracaktır.

- Mevcut Çalışanıyım  
 Eski Çalışanıyım Çalıştığım Yıllar: .....
- Diğer: .....

**Lütfen Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamındaki talebinizi detaylı olarak belirtiniz:**

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

- Adresime gönderilmesini istiyorum.
- E-posta adresime gönderilmesini istiyorum.
- Elden teslim almak istiyorum. (Vekâleten talep edilmesi durumunda vekâletname veya yetkili kişinin yetkisini gösterir belgenin olması gerekmektedir.)

**F. Açıklama Bu formu doldurarak,**

- İmzalı bir örneğini 'ŞİRKET ADRESİNE' bizzat teslim edebilir,
- Noterkanalıyla gönderebilir,
- Şirket elektronik posta adresine güvenli elektronik ya da mobil imzalı olarak, kayıtlı elektronik posta adresi veya sistemimizde kayıtlı olan elektronik posta adresiniz aracılığıyla iletebilirsiniz.

Doldurmuş olduğunuz bu başvuru formu, BravoDent Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği ile olan ilişkinizi tespit ederek, varsa, BravoDent Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği tarafından işlenen kişisel verilerinizle ilgili olarak eksiksiz veisabetli olarak ilgili başvurunuza doğru ve kanuni süresi içerisinde cevap verilebilmesi için düzenlenmiştir. 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 BravoDent Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği, ek evrak ve malumat (Nüfus cüzdanı veya sürücü belgesi sureti gibi) talep etme hakkını saklı tutar. Form kapsamında iletmekte olduğunuz taleplerinize ilişkin bilgilerin doğru ve güncel olmaması ya da yetkisiz bir başvuru yapılması halinde, söz konusu yanlış bilgi ya da yetkisiz başvuru kaynaklı taleplerdenveya belirttiğiniz adreslere cevaplarımızın gönderimi sırasında oluşabilecek aksaklıklardan dolayı BravoDent Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği sorumluluk kabul etmemektedir.

Hastane tarafından doldurulacaktır.

Şirket Adresimiz: .....

E-posta adresimizi: .....

Tarih:...../...../.....

Teslim Alanın Adı Soyadı: .....

İmza:.....