

 Jinemedbursa tüp bebek merkezi	Kişisel Veri Sahibi	DOKÜMAN NO	
		Başvuru Formu	YAYIN TARİHİ
		REVİZYON NO	-
		REV.TARİHİ	-
		SAYFA NO	1 / 6

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 (Hastane/Tüp Bebek Merkezi) başvurma hakkı tanınmıştır. Bu haklara ilişkin hastanemize 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 Üniversitemize iletilmesi gerekmektedir.

BAŞVURU YÖNTEMLERİ:

Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında Üniversitemize yapılacak başvurularda, 10.03.2018 tarih, 30356 sayılı Resmi 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 Hastanemize aşağıdaki yollarla, başvuru yapılması gerekmektedir.

Yazılı Başvurular:

Hastanemize yapılacak yazılı başvurular, yukarıdaki bilgileri içeren ve eksiksiz olarak doldurulmuş işbu "Başvuru Formu" nun ıslak imzalı bir kopyasının,

- Hastanemiz İdari İşleri'ne 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 '**FSM Bulvarı, Fethiye Mah. Alev Sok. No:10 D:16-17-18 Nilüfer / BURSA**' adresine gönderilmesi suretiyle iletilmelidir.

Elektronik Başvurular:

Hastanemize yapılacak elektronik başvurular, yukarıdaki bilgileri içeren ve eksiksiz olarak doldurulmuş işbu "Başvuru Formu" nun

- 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'nda tanımlı olan "güvenli elektronik imza" sertifikasına sahip bir elektronik ya da mobil imza ile imzalanarak, "Üniversitemiz Kayıtlı Elektronik Posta (KEP) adresi olan "bursajinemed@hs02.kep.tr" adresine gönderilmesi suretiyle,
- Başvuruda bulunan ilgili kişiye ait ve bu ilgili kişi tarafından Hastanemize daha önce bildirilen ve Hastanemiz sisteminde kayıtlı bulunan elektronik posta adresine gönderilmesi suretiyle,
- Hastanemiz tarafından başvuru amacına yönelik geliştirilmiş bir yazılım ya da uygulamanın kullanılması suretiyle iletilmelidir. (Bu aşamada, Hastanemiz tarafından bu yöne ilişkin geliştirilen bir yazılım ya da uygulama bulunmamaktadır.)

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

Hastanemiz 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, Hastanemiz 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.....

Yabancılar İçin:

Uyruğu

Pasaport Numarası/

Kimlik Numarası.....

E-posta adresi

(Belirtmeniz halinde size daha hızlı yanıt verebileceğiz.)

Adres.....

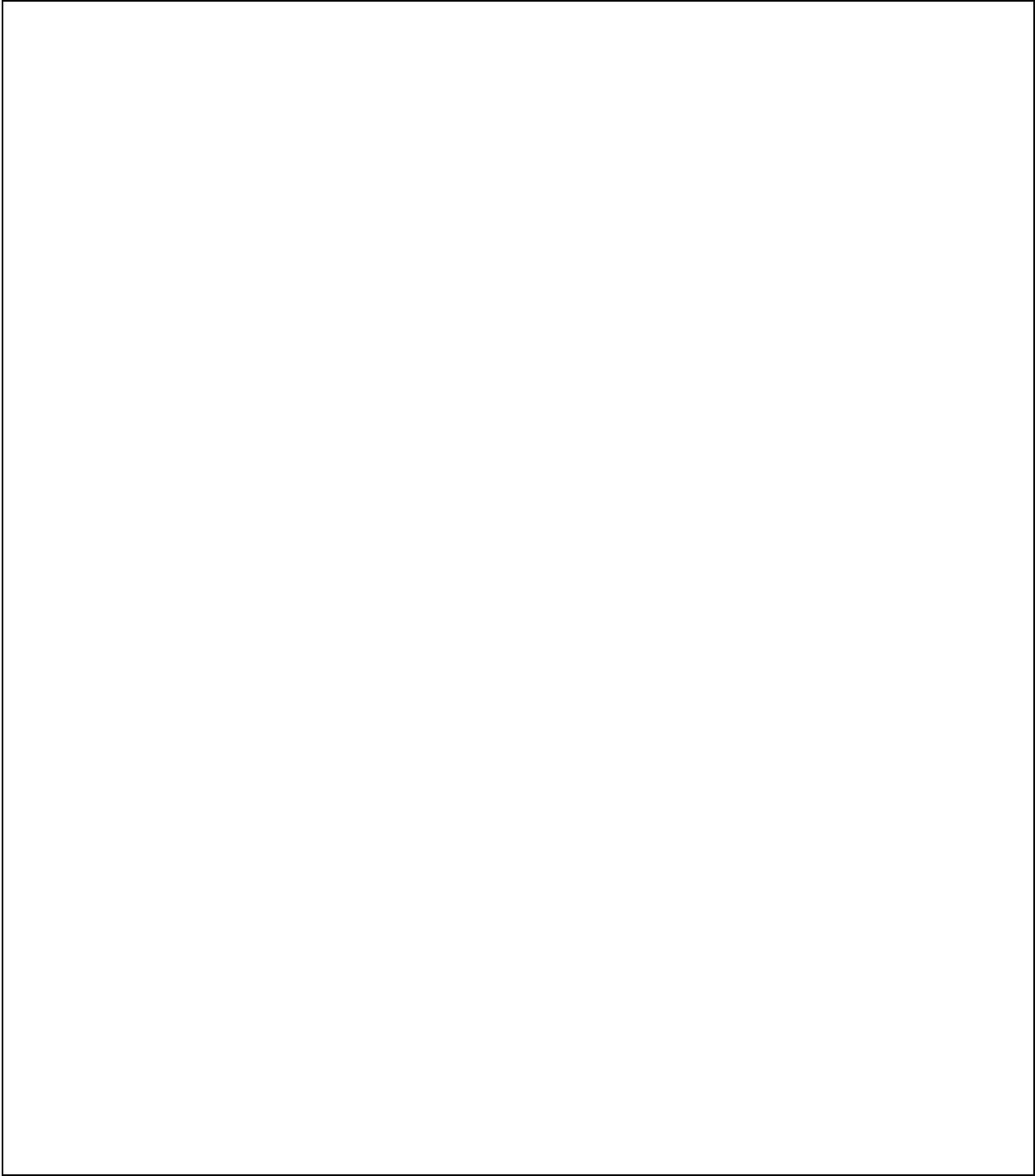
Cep Telefonu.....

Fax.....

Lütfen Kurumumuz ile olan ilişkinizi belirtiniz.

<input type="checkbox"/> Öğrenci <input type="checkbox"/> Çalışan <input type="checkbox"/> Hasta <input type="checkbox"/> Ziyaretçi <input type="checkbox"/> Eski Çalışan Lütfen Çalıştığınız yılı ve pozisyonu belirtiniz: <input type="checkbox"/> Mezun 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:



Talep No	Talep Konusu	Seçiminiz (lütfen doldurun)
1	Hastanenizin hakkımda kişisel veri işleyip işlemediğini öğrenmek istiyorum. (KVKK M.11/1-a)	
2	Hastaneniz hakkımda kişisel veri işliyorsaa, bu veri işleme faaliyetleri hakkında bilgi talep ediyorum. (KVKK M.11/1-b)	
3	Hastaneniz hakkımda kişisel veri işliyorsaa, bunların işleme amacını ve işleme amacına uygun kullanılıp kullanmadığını öğrenmek istiyorum. (KVKK M.11/1-c)	
4	Kişisel verilerim yurtiçinde veya yurtdışında üçüncü kişilere aktarılıyorsa, aktarılan bu üçüncü kişileri, bilmek istiyorum. (KVKK M.11/1-ç)	
5	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;
6	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>
7	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>
8	Hastaneniz 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;
9	Kişisel verilerimin kanuna aykırı işlenmesi nedeniyle zarara uğradım. Bu zararın tazmini 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 başvuruza 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”, Hastanemiz ile olan ilişkinizi tespit edebilmek, varsa, Hastanemiz tarafından işlenen kişisel verilerinizi eksiksiz olarak belirleyebilmek ve ilgili başvuruza 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 Hastanemiz, başvurunuz ile ilgili, kimlik ve/veya yetki tespitine veya talebinize ilişkin ek evrak talep etme hakkını saklı tutar. Hastanemize iletmekte olduğunuz taleplerinize ilişkin bilgilerin doğru ve güncel olmaması ya da Hastanemize yetkisiz bir başvuru yapılması halinde Hastanemiz söz konusu yanlış bilgi ya da yetkisiz başvuru kaynaklı taleplerden sorumluluk kabul etmemektedir.

Yukarıda belirttiğim talepler doğrultusunda, Hastanemize yapmış olduğum başvurumun, Kanun’un 13 üncü maddesi uyarınca değerlendirilerek, tarafıma bilgi verilmesini rica ederim.

Başvuru Sahibi (Kişisel Veri Sahibi)

Adı, Soyadı :

Tarih :

İmza :