

KİŞİSEL VERİLERİ KORUMA KANUNU (K.V.K.K.) BİLGİ TALEP FORMU

Başvuran Bilgileri	T.C. Kimlik No		
	Ad Soyad		
	Telefon No		
	Adres		
Kurumla İlişki Bilgisi	Lütfen aşağıdaki seçeneklerden kurumumuzla olan ilginize uygun olanı işaretleyiniz. <input type="checkbox"/> Hasta <input type="checkbox"/> Çalışan/ Eski Çalışan <input type="checkbox"/> Tedarikçi/ Firma Çalışanı		
	Hasta için En son alınan hizmet ; Son alınan Hizmetin tarihi;	Çalışan için Durum; <input type="checkbox"/> Mevcut Çalışan <input type="checkbox"/> Eski Çalışan Çalışma dönemi (yıl);	Tedarikçilerimiz için Çalıştığınız firma adı; Kurumdaki pozisyonunuz;
	<i>Lütfen talep ettiğiniz kişisel veriye ilişkin bir açıklama yapınız</i>		
Talebe İlişkin Bilgi	<i>Lütfen talebinize vereceğimiz yanıt için gönderim yöntemini seçiniz</i> <input type="checkbox"/> Bölümde belirttiğim adresime <input type="checkbox"/> Bizzat başvurarak elden teslim almak istiyorum		

Talep Eden Tarafından Doludurulacak

Talep Eden Ad Soyad -
İmza

Kurum Tarafından

Teslim Alma Tarihi / Teslim Alan Ad Soyad - İmza

Açıklama: Kişisel verilerinizle ilgili taleplerinizi bu formu doldurarak, veri sorumlusu sıfatı ile işlendiği ölçüde Kişisel Verileri Koruma Kanunu (KVKK)'nın 11.maddesi gereği Özel Sembol Ağız ve Diş Sağlığı Hiz.Ltd. Şti ' nin adresine (Yahyakaptan mah. demokrasi bulv. no:22 İzmit / KOCAELİ /TÜRKİYE) yazılı olarak posta yoluyla gönderebilir, elden teslim edebilir, noter kanalıyla gönderebilir, iletebilirsiniz veya kvkk@ozelmavidis.com e- posta adresimize gönderebilirsiniz.

Bu formda belirttiğiniz bilgi ve belgeler kurumumuz ile ilişkinizi doğru bir şekilde tespit etmek ve size kanuni süre olan 30 gün içerisinde eksiksiz yanıt verebilmek için talep edilmektedir.