



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 vekalet 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 :
Adres :

C. Lütfen Özel İsparta Hastanesi ile olan ilişkinizi belirtiniz. ("Hasta, eski çalışan, üçüncü taraf, Özel İsparta Hastanesi'ne hizmet sunan firma çalışanı gibi)

Özel İsparta Hastanesi 'nde sağlık hizmeti alanlar dolduracaktır .

 Ayakta Tedavi Oldum Yatarak Tedavi Oldum Ameliyat Oldum Diğer:
Hizmet Alınan Sağlık Birimleri:.....
.....
.....

Özel İsparta Hastanesi'nde çalışanlar dolduracaktır.

 Mevcut Çalışanıyım
 Eski Çalışanıyım Çalıştığım Yıllar :
 Diğer:**D. 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,

- Üç Kartal Sağlık Hizmetleri İnşaat Turizm Sanayi ve Ticaret Anonim Şirketi (Özel Isparta Hastanesi), Sanayi Mahallesi 3208 Altın Sokak No: 4, Merkez, Isparta adresine iadeli taahhütlü posta veya kargo ile ıslak imzanızı taşıyan bir dilekçe ile "Hasta Hizmetleri Müdürlüğü" departmanı dikkatine Zarfına "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamında Bilgi Talebi" yazarak gönderebilir,
- Noter kanalıyla gönderebilir,
- uckartalsaglik@hs06.kep.tr adresine güvenli elektronik ya da mobil imzalı olarak elektronik e-posta adresi aracılığıyla iletebilirsiniz.

Doldurmuş olduğunuz bu başvuru formu, Özel Isparta Hastanesi ile olan ilişkiniz tespit edilerek, varsa Özel Isparta Hastanesi tarafından işlenen kişisel verilerinizle ilgili olarak eksiksiz ve doğru biçimde başvurunuza yasal süresi içerisinde cevap verilebilmesi amacıyla düzenlenmiştir. Hukuka aykırı ve haksız bir şekilde veri paylaşımından kaynaklanabilecek hukuki risklerin bertaraf edilmesi ve özellikle kişisel verilerinizin güvenliğinin sağlanması, kimlik ve yetki tespiti için Özel Isparta Hastanesi, ek evrak, bilgi, belge (nüfus cüzdanı veya sürücü belgesi sureti gibi) talep etme hakkını saklı tutar.

Form ile ilettiğiniz taleplerinize ilişkin bilgilerin doğru ve güncel olmaması ya da yetkisiz bir başvuru yapılması durumunda, söz konusu yanlış bilgi ya da yetkisiz başvuru kaynaklı taleplerden veya belirttiğiniz adreslere cevaplarımızın gönderimi sırasında oluşabilecek aksaklıklardan dolayı Özel Isparta Hastanesi sorumluluk kabul etmemektedir.

Hastane tarafından doldurulacaktır.

Tarih : / /

Teslim Alanın Adı Soyadı :

İmza :