

## 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 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 : .....

Doğum Tarihi:...../ ..... / ..... T.C. Kimlik No : .....

Telefon Numarası : .....

E-posta Adresi: .....

Adres: .....

C. Lütfen Memorial ile olan ilişkinizi belirtiniz. (“Hasta, eski çalışan, üçüncü taraf, Memorial’ a hizmet sunan firma çalışanı gibi)

### Memorial’de sağlık hizmeti alanlar dolduracaktır

Ayakta Tedavi Oldum  Yatarak Tedavi Oldum  Ameliyat Oldum  Diğer:

.....

Hizmet Alınan Sağlık Birimleri:

.....  
.....

### Memorial 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.

# MEMORIAL

- 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 Kaptanpaşa Mahallesi Halit Ziya Türkkan Sok Famas Plaza C Blok Şişli/İstanbul adresine bizzat teslim edebilir, noter kanalıyla gönderebilir,
- [memorialsaglikgrubu@hs02.kep.tr](mailto:memorialsaglikgrubu@hs02.kep.tr) 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, Memorial Hastanesi ile olan ilişkinizi tespit ederek, varsa, Memorial Hastanesi tarafından işlenen kişisel verilerinizle ilgili olarak eksiksiz ve isabetli 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 Memorial Hastanesi, 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 taleplerden veya belirttiğiniz adreslere cevaplarımızın gönderimi sırasında oluşabilecek aksaklıklardan dolayı Memorial Hastanesi sorumluluk kabul etmemektedir.

**Hastane tarafından doldurulacaktır.**

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

Teslim Alanın Adı Soyadı: ..... İmza: .....