

## KVKK İLGİLİ KİŞİ BAŞVURU FORMU

İlgili kişi tarafından 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun ("KVKK") 11. ve 13'üncü maddeleri uyarınca yapılacak başvuruları doğru ve detaylı bir şekilde değerlendirebilmek ve cevaplamak amacıyla, veri sorumlusu sıfatıyla ("Gürgan Clinic") tarafından hazırlanmıştır. Başvuru Formu' nu doldurmadan önce, Gürgan Clinic internet sitesinde yer alan Kişisel Verilerin Korunması Hakkındaki Aydınlatma Metnini okuyarak KVK Kanunu Madde 11'de belirtilen haklarınız ve Gürgan Clinic 'in veri işleme faaliyetleri konusunda bilgi sahibi olabilirsiniz.

### BAŞVURU ŞEKLİ

Kanun 11.madde kapsamındaki başvurularınızı, taleplerinizi kanuna uygun şekilde ortaya koyan detaylı hazırlanmış bir metin ile ıslak imzalı yazılı olarak bizzat adresimize getirerek veya Gürgan Clinic web ([www.gurganclinic.com](http://www.gurganclinic.com)) adresinde yer alan "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Uyarınca Başvuru Formu" nu doldurarak, Mustafa Kemal Mah. 2124. Cadde No:4 adresine bizzat teslim edebilir, noter kanalıyla gönderebilir veya (KEP) Kayıtlı Elektronik Posta ([gurgansaglik@hs01.kep.tr](mailto:gurgansaglik@hs01.kep.tr)) adresine güvenli elektronik imza, mobil imza ya da ilgili kişi tarafından veri sorumlusuna daha önce bildirilen ve veri sorumlusunun sisteminde kayıtlı bulunan elektronik posta adresiniz kanalıyla iletebilirsiniz.

Başvurunuzda yer alan talepleriniz, talebin niteliğine göre en geç otuz (30) gün içinde ücretsiz olarak sonuçlandırılacaktır. Ancak işlemin şirket için ayrıca bir maliyeti gerektirmesi hâlinde, Kişisel Verileri Koruma Kurulu tarafından Veri Sorumlusuna Başvuru Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ'de belirlenen tarifedeki ücret talep edilebilir.

### İLGİLİ KİŞİYE İLİŞKİN BİLGİLER:

Başvurunuz ile ilgili inceleme ve değerlendirmelerin etkin bir şekilde yapılabilmesi amacıyla aşağıdaki alanları lütfen doğru ve eksiksiz bir biçimde doldurunuz.

Adı Soyadı*	
T.C Kimlik Numarası*	
Adres*	
Telefon Numarası*	
E-posta Adresi*	
Diğer bilgiler	

\*Doldurulması zorunlu alanlar

Yukarıda tarafımıza sunmuş olduğunuz kişisel verileriniz, Başvuru Formu'nun değerlendirilebilmesi ve cevaplanabilmesi için sizinle iletişime geçilebilmesi amacıyla işlenmekte olduğunu beyan ederiz.

GÜRGAN CLİNİC ile olan ilişkinize dair uygun olan seçeneği işaretleyerek, mevcut ilişkinin hâlihazırda devam edip etmediğini aşağıda yer verilen bölümde belirtiniz.

Hasta	<input type="checkbox"/>	Çalışan Adayı	<input type="checkbox"/>
İş Ortağı	<input type="checkbox"/>	Çalışan	<input type="checkbox"/>
Ziyaretçi	<input type="checkbox"/>	Diğer (_____)	<input type="checkbox"/>

- GÜRGAN CLİNİC ile olan ilişkim başvuru tarihi itibarıyla devam etmektedir.  
 GÜRGAN CLİNİC ile olan ilişkim (\_\_\_\_\_) tarihi itibarıyla sona ermiştir.

## İLGİLİ KİŞİNİN TALEPLERİ

İlgili Kişi olarak, KVKK'nın 11. ve 13. maddeleri kapsamında bilgi sahibi olmak istediğiniz durum/durumlar için lütfen aşağıda yer verilen listedeki ilgili kutucuğu/kutucukları işaretleyiniz. Başvuru tablosu altında yer alan açıklama kısmına başvurularınız hakkında detaylı açıklama yapabilirsiniz.

KVKK 11. MADDE KAPSAMINDAKİ TALEBİNİZ	GEREKEN BİLGİ/BELGE	TALEBİNİZİ LÜTFEN İŞARETLEYİNİZ
1. Kişisel verilerimin GÜRGAN CLİNİC tarafından işlenip işlenmediğini öğrenmek istiyorum.	Talebinizle ilgili seçtiğiniz bir veri türü varsa aşağıdaki alana lütfen yazılı belirtiniz ..... .....	<input type="checkbox"/>
2. GÜRGAN CLİNİC tarafından kişisel verilerimin hangi amaçla işlendiğini öğrenmek istiyorum.	Talebinizle ilgili seçtiğiniz bir veri türü varsa aşağıdaki alana lütfen yazılı belirtiniz ..... .....	<input type="checkbox"/>
3. GÜRGAN CLİNİC tarafından kişisel verilerimin amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenmek istiyorum.	Talebinizle ilgili seçtiğiniz bir veri türü varsa aşağıdaki alana lütfen yazılı belirtiniz. ..... .....	<input type="checkbox"/>
4. Eğer kişisel verilerim yurtiçinde veya yurtdışında üçüncü kişilere aktarılıyorsa, aktarılan üçüncü kişileri bilmek istiyorum.	Talebinizle ilgili seçtiğiniz bir veri türü varsa aşağıdaki alana lütfen yazılı belirtiniz. ..... .....	<input type="checkbox"/>
5. GÜRGAN CLİNİC tarafından kişisel verilerimin eksik veya yanlış işlendiğini düşünüyorum ve bunların düzeltilmesini istiyorum.	Eksik ve yanlış işlendiğini düşündüğünüz bilgiler nelerdir ve bu bilgilerin nasıl olması gerektiğini lütfen belirtiniz. ..... .....	<input type="checkbox"/>

<b>6.</b> Eksik/yanlış işlendiğini düşündüğüm kişisel verilerimin GÜRGAN CLİNİC tarafından aktarıldığı üçüncü kişiler nezdinde de düzeltilmesini istiyorum.	Eksik ve yanlış işlendiğini düşündüğünüz bilgileriniz nelerdir? ve bu bilgilerin nasıl olması gerektiğini lütfen belirtiniz. (Bu konuda belge ve dökümanınız varsa lütfen başvuru formu ekinde yer veriniz.) ..... .....	<input type="checkbox"/>
<b>7.</b> Kişisel verilerimin işlenmelerini gerektiren sebeplerin ortadan kalkması nedeniyle silinmesini/yok edilmesini istiyorum.	Tüm verilerinizin silinmesini/yok edilmesini istiyorsanız bunu aşağıda belirtiniz. Veya hangi verilerinizin silinmesini/yok edilmesini istiyorsanız bunu da aşağıda belirtiniz. ..... .....	<input type="checkbox"/>
<b>8.</b> Kişisel verilerimin işlenmelerini gerektiren sebeplerin ortadan kalkması nedeniyle aktarıldıkları üçüncü kişiler nezdinde de silinmesini/yok edilmesini istiyorum.	Bu talebiniz, kişisel bilgilerinizin yalnızca bir kısmına ilişkin ise bunların hangi veriler olduğunu ve bu talebinizin gerekçesini tevsik edici bilgi ve belgelerle birlikte belirtiniz, bu hususlara ilişkin tevsik edici bilgi ve belgelere lütfen Başvuru Formu ekinde yer veriniz ..... ..... .....	<input type="checkbox"/>
<b>9.</b> GÜRGAN CLİNİC tarafından işlenen kişisel verilerimin münhasıran otomatik sistemler vasıtasıyla analiz edildiğini ve bu analiz neticesinde aleyhime bir sonuç doğduğunu düşünüyorum. Bu sonuca itiraz ediyorum.	Bu talebinizin gerekçesini ve aleyhinize ne tür bir sonuç doğduğunu belirtiniz ve talebinizi tevsik edici bilgi ve belgelere lütfen Başvuru Formu ekinde yer veriniz. ..... ..... .....	<input type="checkbox"/>
<b>10.</b> Kişisel verilerimin kanuna aykırı işlenmesi nedeniyle uğradığım zararın tazminini talep ediyorum.	Bu talebinizin gerekçesini ve uğradığınızı düşündüğünüz zararı aşağıdaki boşlukta belirtiniz; bu hususlara ilişkin tevsik edici bilgi ve belgelere lütfen Başvuru Formu ekinde yer veriniz. ..... .....	<input type="checkbox"/>

## AÇIKLAMA

Lütfen KVKK Kanunu kapsamındaki talebinizi detaylı olarak belirtiniz:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## VERİ SAHİBİNİN TALEBİNİN SONUÇLANDIRILMASI

Talebiniz KVKK uyarınca şirketimize ulaştığı tarihi takip eden en geç otuz (30) gün içinde cevaplandırılacaktır. Cevaplarımız Başvuru Formu’nda belirtilmiş olan seçiminize göre KVKK’nın 13. maddesi uyarınca yazılı veya elektronik ortam vasıtasıyla tarafınıza iletilecektir.

Başvuru sonucunun posta, elektronik posta veya e-posta yöntemlerinden biriyle iletilmesine ilişkin öncelikli tercihinizi lütfen aşağıdaki tercih tablosunda işaretleyiniz.

Başvuruma ilişkin sonucun adresime posta ile gönderilmesini istiyorum.	<input type="checkbox"/>
Başvuruma ilişkin sonucun elektronik imza ortamında gönderilmesini istiyorum.	<input type="checkbox"/>
Başvuruma ilişkin sonuç yazısının e posta adresime gönderilmesini, bu durumda cevabı almış olacağımı kabul ediyorum.	<input type="checkbox"/>

İlgili Kişi adına 3. kişiler tarafından yapılacak olan başvurularda, işbu Başvuru Formu ile birlikte noterce onaylanmış vekâletnamenin, bir suretinin tarafımıza gönderilmesi gerekmektedir.

Kişisel verilerinizin güvenliğini sağlamak amacıyla, bilgi edinme başvurunuzun GÜRGAN CLİNİC’e ulaştığı tarihten itibaren başvuru cevaplama süresi içinde GÜRGAN CLİNİC ilgili Kişi olduğunuzu teyit etmek amacıyla sizinle iletişime geçebilecektir, bu hususta sizlerden bazı bilgi ve belgeler talep edebilecektir. Bu kapsamda tarafımıza sağlamış olduğunuz bilgi ve belgeler, ilgili Kişi olduğunuzun teyit edilmesini müteakip derhal imha edilecektir.

Talep edilen bilgi ve belgelerin eksik olması durumunda, talebimiz üzerine bilgi ve belgelerin tamamlanarak tarafımıza iletilmesi gerekecektir. Bilgi ve belgeler tarafımıza tam olarak iletilene kadar talebin sonuçlandırılmasına ilişkin KVKK'nın 13/2 maddesinde belirtilen otuz (30) günlük süre askıya alınacaktır.

Talepleriniz GÜRGAN CLİNİC tarafından ücretsiz sonuçlandırılacak olup, cevaplama sürecinin ayrıca bir maliyet doğurması halinde, ilgili mevzuat çerçevesinde belirlenen tutarlarda ücret talep edilebilecektir.

#### **İLGİLİ KİŞİ BEYANI**

KVKK 11. Madde uyarınca yapmış olduğum bilgi edinme başvurumun yukarıda belirttiğim talep/talepler çerçevesinde sonuçlandırılmasını rica eder, başvuruda tarafınıza iletmış olduğum bilgi ve belgelerin doğru, güncel ve şahsıma ait olduğunu kabul, beyan ve taahhüt ederim.

<b>İlgili Kişi</b>	
Adı Soyadı	
Başvuru Tarihi	
İmza	