

KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU UYARINCA BAŞVURU FORMU

1. Veri Sahibinin Kimlik ve İletişim Bilgileri

Ad	
Soyad	
Telefon Numarası	
T.C. Kimlik Numarası	
E-posta	
Adres	

2. Kliniğimizle Olan İlişki Bilgisi

- Hasta
- Veli/Vasi
- Çalışan Adayı (Başvuru Tarihi:.....)
- Çalışan
- Eski Çalışan (Çalışılan yıllar:.....)

1. KVKK Kapsamındaki Talebinizi Detaylı Olarak Belirtiniz

2. Başvurunuza Verilecek Yanıtın Tarafınıza Bildirilme Yöntemini Seçiniz

- Adresime gönderilmesini istiyorum.
- E-posta adresime gönderilmesini istiyorum.
- Elden teslim almak istiyorum (Vekaleten teslim alınabilmesi için noter tasdikli vekaletname olması gerekmektedir.)

3. Açıklama

Bu formun çıktısını alarak;

- Başvuru Sahibi'nin "Teşvikiye Mahallesi Sezai Selek Sokak Murat Polat Apartmanı No:28/30 Kat: 5 Daire:14 Şişli/İstanbul" adresine şahsen ya da yasal temsilciniz/vekiliniz aracılığıyla,
- Noter vasıtasıyla,
- Sistemimizde kayıtlı eposta adresinizi kullanmak şartıyla info@estlineclinic.com e-posta adresine gönderilmek suretiyle,

tarafımıza iletiniz. Kişisel verilerinizin güvenliğinin sağlanması amacıyla, kimlik ve yetki tespiti için, ek doğrulamalar istenebilir.

Kişisel Veri Sahibinin

Adı-Soyadı:

TARİH:

İMZA