

**KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU (KVKK) UYARINCA BAŞVURU FORMU**

<b>BAŞVURU SAHİBİ BİLGİLERİ</b>	T.C. Kimlik No	
	Ad Soyad	
	Doğum Tarihi	
	Telefon	
	Adres	
	<p><input type="checkbox"/> Kendisine ait Kişisel Veri Talebi</p> <p><input type="checkbox"/> Başkasına Ait Kişisel Veri Talebi (Veli/Vasi/Kişinin Bu Yönde Vekalet Vermiş Olduğu Kişi)</p> <p>Talebi Yapılan Kişinin: (Başkası adına talep ediyorsanız lütfen doldurunuz)</p> <p>T.C.Kimlik No:.....</p> <p>Adı-Soyadı:.....</p> <p>Doğum Tarihi:.....</p> <p>Telefon:.....</p> <p>Adres:.....</p> <p>Yakınlık derecesi* belirtiniz:</p> <p>* Yasal temsilci iseniz ilgili kararı ekleyiniz.</p> <p>Şirketimiz, Kişisel veri güvenliğini sağlamak amacıyla kimlik tespiti için ek evrak (Kimlik Belgesi vb) talep etme hakkını saklı tutmaktadır.</p>	
<b>KURUMLA İLİŞKİNİZ</b>	<p>Lütfen kurumumuzla olan ilişkinizi belirleyiniz.</p> <p><input type="checkbox"/> Hasta/ Hasta Yakını</p> <p><input type="checkbox"/> Çalışan/ Eski Çalışan/ Aday</p> <p><input type="checkbox"/> Tedarikçi/ Hizmet Sunan Firma Çalışanı</p> <p>✓ <b>Hastalarımız Tarafından Doldurulacaktır:</b></p> <p>Son Başvuru Tarihiniz:</p> <p>✓ <b>Çalışanlarımız Tarafından Doldurulacaktır:</b></p> <p>Çalışma Dönemi (yıl olarak yazınız) :</p> <p>Adaylar için başvuru yılı:</p>	

	<b>Tedarikçi/Hizmet Sunan Firma Çalışanları Tarafından Doldurulacaktır:</b> ✓ Firmanızdaki pozisyonunuz;
<b>TALEP</b>	Lütfen Kişisel Verileri Koruma Kanunu kapsamındaki talebinizi detaylıca bildiriniz.
	Lütfen başvuruza ilişkin vereceğimiz bildirim için talep ettiğiniz yöntemi seçiniz. <input type="checkbox"/> Adresime gönderilmesini istiyorum. <input type="checkbox"/> E-posta adresime gönderilmesini istiyorum <input type="checkbox"/> Elden teslim almak istiyorum

**Talep Eden Tarafından Doldurulacaktır.**

Talep Tarihi :...../...../.....

Talep Eden Ad Soyad – İmza :

**Açıklama:** Kişisel verilerinizle ilgili talepleriniz bu form doldurularak Epiderm Lazer - Kadıoğlu Sağlık Hizmetleri Limited Şirketleri Valikonağı Cad. No:94/2 Şişli / İstanbul / Türkiye adresine elden teslim edebilir veya noter kanalıyla gönderebilirsiniz.

Başvuru formunu **kadioglusaglikhizmetlerilimitedsirketi@hs01.kep.tr** adresine güvenli elektronik veya mobil imzalı olarak kayıtlı elektronik posta adresi veya sisteminizde kayıtlı e-posta adresimiz **info@epiderm.com** aracılığıyla gönderebilirsiniz.

Bu form, bilgi ve belgeleriniz doğrultusunda kurumumuz ile ilişkinizi doğru bir şekilde tespit etmek ve size kanuni süre içerisinde eksiksiz yanıt verebilmek amacıyla düzenlenmiştir. Taleplerinize ilişkin bilgilerin eksik, yanıltıcı veya güncel olmaması, yetkisiz başvuru yapılmış olması halinde taleplerinize istinaden tarafımızdan verilecek cevaplarımızın gönderilmesi sırasında doğabilecek eksiklik ve hatalardan kurumumuz sorumlu değildir.

**Kurum Tarafından Doldurulacaktır**

Teslim Alma Tarihi : ...../...../.....

Teslim Alan

Ad-Soyad – İmza: