

**İLGİLİ KİŞİ BAŞVURU FORMU**

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun ("Kanun") 11. maddesinde sayılan haklarınız kapsamındaki taleplerinizi, Kanun'un 13. maddesi ile Veri Sorumlusuna Başvuru Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ'in 5. maddesi gereğince, işbu form ile aşağıda açıklanan yöntemlerden biriyle Amerikan Tıp Merkezi'ne ("Amerikan Tıp Merkezi / Hastane") iletebilirsiniz.

	<b>BAŞVURU YÖNTEMİ</b>	<b>BAŞVURU YAPILACAK ADRES</b>	<b>BAŞVURUDA GÖSTERİLECEK BİLGİ</b>
<b>1. Yazılı Olarak Başvuru</b>	Islak imzalı şahsen başvuru, noter veya kargo/posta vasıtasıyla	Amerikan Tıp Merkezi Bağdat Caddesi No 130 Feneryolu 34724 Kadıköy İstanbul Türkiye	Zarfın/tebliğatin üzerine "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamında Bilgi Talebi" yazılacaktır.
<b>2. Kayıtlı Elektronik Posta (KEP) Yoluyla</b>	Kayıtlı elektronik posta (KEP) adresi ile	momentegitimarastirma@hs02.kep.tr	E-posta'nın konu kısmına "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Bilgi Talebi" yazılacaktır.
<b>3. Hastanemiz Sisteminde Bulunan Elektronik Posta Adresi ile Başvuru</b>	Hastanemizin sisteminde kayıtlı bulunan elektronik posta adresini kullanmak suretiyle	kisiselveri@amerikanhastanesi.org	E-posta'nın konu kısmına "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Bilgi Talebi" yazılacaktır.
<b>4. Sistemimizde Bulunmayan Elektronik Posta Adresi ile Başvuru</b>	<b>Mobil imza/e-imza içerecek biçimde</b> Hastanemizin sisteminde bulunmayan elektronik posta adresinizi kullanmak suretiyle	kisiselveri@amerikanhastanesi.org	E-posta'nın konu kısmına "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Bilgi Talebi" yazılacaktır.

**A. Başvuruda bulunan veri sahibinin kimlik ve iletişim bilgileri:**

Lütfen sizinle iletişime geçebilmemiz ve kimliğinizi doğrulayabilmemiz adına aşağıdaki alanları doldurunuz.

**Adı Soyadı** : .....

**Doğum Tarihi ve Cinsiyet** : ..... / ..... / ..... .....

**T.C Kimlik No** : .....

**Yabancılar İçin Uyruk** : .....

**Yabancılar İçin Pasaport No** : .....

**Yabancılar İçin Varsa Kimlik No** : .....

**Telefon No – Faks No (varsa)** : .....

**E-posta Adresi** : .....

**Adres** : .....

**B. Başvuruyu veri sahibi adına yapan yetkili kişinin iletişim bilgileri:**

(Bu bölüm eğer veri sahibi kişi ile başvuru yapan kişi farklı ise doldurulacaktır)

**Adı Soyadı** : .....

**Doğum Tarihi ve Cinsiyet** : ..... / ..... / ..... .....

**T.C Kimlik No** : .....

**Yabancılar İçin Uyruk** : .....

**Yabancılar İçin Pasaport No** : .....

**Yabancılar İçin Varsa Kimlik No** : .....

**Telefon No – Faks No (varsa)** : .....

**E-posta Adresi** : .....

**Adres** : .....

**C. Lütfen Amerikan Tıp Merkezi ile olan ilişkinizi belirtiniz.**

(“Hasta, eski çalışan, çalışan, diğer (belirtiniz)” gibi)

**Amerikan Tıp Merkezi’nde çalışanlar dolduracaktır**

<input type="checkbox"/> Mevcut Çalışanıyım	<input type="checkbox"/> İş Başvurusu / Özgeçmiş Paylaşımı Yaptım
<input type="checkbox"/> Eski Çalışanıyım	<i>Tarih</i> : .....
<i>Çalıştığım Yıllar</i> : .....	<input type="checkbox"/> Diğer: .....
<input type="checkbox"/> Diğer: .....	<i>Lütfen çalıştığınız firma ve pozisyon bilgisini belirtiniz</i>
.....	.....

**D. Talep konusu:**

Kişisel verilerinize ilişkin talebinizi aşağıda açıkça yazmanızı rica ederiz. Konuya ilişkin bilgi ve belgeler başvuruya eklenmelidir.

.....

.....

.....

.....

.....

**E. Lütfen başvuruza vereceğimiz yanıtın tarafınıza bildirilme yöntemini seçiniz:**

- Yanıtın A / B bölümünde belirtmiş olduğum posta adresime gönderilmesini istiyorum.
- Yanıtın A / B bölümünde belirtmiş olduğum elektronik posta adresime gönderilmesini istiyorum.
- Yanıtın A / B bölümünde belirtmiş olduğum faks numarasına gönderilmesini istiyorum.
- Elden teslim almak istiyorum (*Vekâleten teslim alınması durumunda vekâletname veya yetkili kişinin yetkisini gösterir belgenin olması gerekmektedir*).

**Başvuru Sahibi Tarafından Doldurulacaktır**

Yukarıda belirttiğim talepler doğrultusunda, Hastanenize yapmış olduğum başvurumun Kanun'un 13. maddesi uyarınca değerlendirilerek tarafıma bilgi verilmesini rica ederim. İşbu başvuruda tarafınıza sağlamış olduğum bilgi ve belgelerimin doğru ve güncel olduğunu, Hastanenizin başvurumu sonuçlandırabilmek adına ilave bilgi talep edebileceğini ve ayrıca bir maliyet gerektirmesi halinde Kişisel Verileri Koruma Kurulu tarafından belirlenen ücreti ödemem gerekebileceği hususunda aydınlatıldığımı beyan ederim.

**Başvuru Tarihi :** ..... / ..... / .....

**Başvuranın Adı Soyadı :** .....

**İmzası :** .....

**Hastane Tarafından Doldurulacaktır**

Doldurmuş olduğunuz bu başvuru formu, Amerikan Tıp Merkezi ile olan ilişkinizi tespit ederek, varsa, Amerikan Tıp Merkezi tarafından işlenen kişisel verilerinizle ilgili olarak eksiksiz ve isabetli olarak ilgili başvuruza 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 Amerikan Tıp Merkezi, ek evrak ve malumat (Nüfus cüzdanı veya sürücü belgesi sureti vb.) talep edebilecektir.

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

**Teslim Alanın Adı Soyadı :**

.....

**İmzası :** .....

## DATA SUBJECT ACCESS REQUEST FORM ACCORDING TO THE PERSONAL DATA PROTECTION LAW

You may convey your requests regarding your rights specified under Article 11 of the Personal Data Protection Law no. 6698 (“**Law**”) to Amerikan Tıp Merkezi (“**Hospital**” or “**Amerikan Tıp Merkezi**”) with one of the methods described below in accordance with Article 13 of the Law and Article 5 of the Communiqué on the Principles and Procedures for Request to the Data Controller with this form.

	REQUEST METHOD	ADDRESS TO MAKE REQUEST	INFORMATION TO BE SHOWED ON THE REQUEST
1. Request in writing	In person request with wet signed, via notary or cargo/mail	Amerikan Tıp Merkezi Bağdat Caddesi No 130 Feneryolu 34724 Kadıköy İstanbul Türkiye	"Information Request Within the Scope of the Personal Data Protection Law" will be written on the envelope / notification.
2. Request via registered electronic mail (KEP)	via registered electronic mail (KEP) address	momentegitimarastirma@hs02.kep.tr	"Personal Data Protection Law Information Request" will be written on the subject of the e-mail.
3. Request via E-mail Address registered in the System of Our Hospital	via e-mail address registered in the system of our Hospital	kisiselveri@amerikanhastanesi.org	"Personal Data Protection Law Information Request" will be written on the subject of the e-mail.
4. Request via E-mail Address which is not registered in the System of Our Hospital	via e-mail address which is not registered in the system of our Hospital, <b>including mobile signature / e-signature.</b>	kisiselveri@amerikanhastanesi.org	"Personal Data Protection Law Information Request" will be written on the subject of the e-mail.

### A. Identity and contact information of the data subject who made the request

Please fill in the fields below in order for us to contact you and verify your identity.

Name Surname : .....

Date of Birth and Gender : ..... / ..... / ..... .....

TC ID No : .....

Nationality for Foreigners : .....

Passport number for Foreigners : .....

Identity number, if available, for Foreigners : .....

Telephone No – Fax No (if any) : .....

E-mail address : .....

Address : .....

**B. Contact information of the authorized person who made the request on behalf of the data subject:**

(This section will be filled in if the data subject and the person who made the request are different.)

**Name Surname** : .....

**Date of Birth and Gender** : ..... / ..... / ..... .....

**TC ID No** : .....

**Nationality for Foreigners** : .....

**Passport number for Foreigners** : .....

**Identity number, if available, for Foreigners** : .....

**Telephone No – Fax No (if any)** : .....

**E-mail address** : .....

**Address** : .....

**C. Please indicate your relation with the Hospital.**

(Such as “patient, ex-employee, employee, other (please specify)”) )

**Hospital employees will fill in**

<input type="checkbox"/> Current employee	<input type="checkbox"/> I made a Job Application / I shared my CV
<input type="checkbox"/> Ex-employee	<i>Date:</i> .....
<i>Years worked:</i> .....	<input type="checkbox"/> Other: .....
<input type="checkbox"/> Other: .....	<i>Please indicate the company you work at and your position</i>
.....	.....

**D. Subject of Demand:**

We kindly request you to clearly write your demand regarding your personal data below. Information and documents related to the subject should be attached to the request.

.....

.....

.....

.....

.....

**E. Please select the notification method of our reply to your request:**

- I would like the reply to be sent to my mailing address, which I specified in the A / B section.
- I would like the reply to be sent to my e-mail address, which I specified in the A / B section.
- I would like the reply to be sent to fax number, which I specified in the A / B section.
- I would like to receive by hand (In case of receiving by proxy, power of attorney or a document showing the authority of the authorized person must be present).

**To be filled in by the Person who made the Request**

In line with my abovementioned demands, I kindly ask you to evaluate the request that I made to your Hospital in accordance with Article 13 of the Law and to inform me on this subject. I hereby declare that my information and documents that I have provided to you in this request are correct and up-to-date and I have been informed that your Hospital may request additional information in order to finalize my request and that if a cost is required, I may have to pay a fee according to the tariff determined by the Personal Data Protection Board.

**Date of Request:** ..... / ..... / .....

**Name Surname  
of the person who made the request:** ..... **Signature:** .....

**To be filled by the Hospital**

This request form that you have filled out has been prepared to determine your relation with the Hospital, if any, and to respond to your concerning request regarding your personal data processed by the Hospital accurately and within the legal period. Hospital may request additional documents and information (copy of the identity card or driver's license, etc.) for identification and authorization check in order to eliminate the legal risks that may arise from unlawful and unfair data transfer and especially to ensure the security of your personal data.

**Date of Request:** ..... / ..... / .....

**Name Surname  
of the Recipient:** ..... **Signature:** .....