

**YNS SAĞLIK HİZMETLERİ A.Ş. Kişisel Verileri Koruma Kanunu (KVKK)**

**Kişisel Verilere Erişim Bilgi Talep Formu**

**I.BAŞVURU SAHİBİ BİLGİLERİ**

**T.C. Kimlik No :**

**Adı Soyadı :**

**Doğum Tarihi :**

**Telefon No :**

**Adres :**

( ) Veri sahibiyim (kendi verilerimi talep ediyorum)

( ) Veri sahibi yakınıyım (Yakınıma ilişkin verileri talep ediyorum)

Yakınlık derecesini belirtiniz:

\* Yasal temsilci iseniz ilgili kararı ek olarak iletiniz.

***DİKKAT:***Kişisel verilerinizin güvenliğini sağlamak amacıyla kimlik tespiti için ek evrak (Nüfus Cüzdanı v.b.) talep edilebilir.

**II. KURUMLA İLİŞKİ BİLGİSİ**

Lütfen aşağıdaki seçeneklerden kurumumuzla olan ilginize uygun olan seçeneceği işaretleyiniz.

( ) Hasta / Hasta Yakını ( ) Çalışan /Eski Çalışan/ Aday ( ) Tedarikçi

**Hasta / Hasta Yakını için**

En son hizmet alınan birim;

Son Başvuru tarihi;

**Çalışanlarımız için**

Durum;

( ) Mevcut Çalışan ( ) Eski Çalışan ( )Aday

Çalışma dönemi (yıl);

Adaylar için Başvuru yılı;

**Tedarikçilerimiz için**

Çalıştığınız Firma adı;

Firmadaki işiniz;

### III.TALEBE İLİŞKİN BİLGİ

Lütfen talep ettiğiniz kişisel veriye ilişkin bir açıklama yapınız ve verinin konumuna dair sahip olduğunuz herhangi bir bilgi var ise paylaşınız: (Örneğin hastanemizden hizmet aldığınız birimi, çalışıyorsanız departmanınızı, iletişim de bulunduğunuz kişileri uygun olduğu ölçüde açıklayınız)

Lütfen talebinize vereceğimiz yanıt için gönderim yöntemini seçiniz:

( ) Adresime gönderim( ) E-posta adresime gönderim ( )Bizzat başvurarak elden teslim almak istiyorum

**Talep Eden Tarafından Doldurulacak**

**Kurum Tarafından Doldurulacak**

**Talep Tarihi:**

**Teslim Alma Tarihi :**

**Talep Eden Adı- Soyadı-İmza :**

**Teslim Alan Adı-Soyadı-İmza:**

**Açıklama:** Kişisel verilerinizle ilgili taleplerinizi bu formu doldurarak, veri sorumlusu sıfatı ile işlendiği ölçüde Kişisel Verileri Koruma Kanunu (KVKK)'nın 11.maddesi gereği Mimar Sinan Mah. Otopark Arkası Sk. No:18Üsküdar / İSTANBUL adresine elden teslim edebilir , noter kanalıyla veya 5070 Sayılı Elektronik İmza Kanunu'nda tanımlı olan "güvenli elektronik imza" kullanarak [yynssaglik@hs01.kep.tr](mailto:yynssaglik@hs01.kep.tr) adresine gönderebilirsiniz. Bu formda belirttiğiniz bilgi ve belgeler kurumumuz ile ilişkinizi doğru bir şekilde tespit etmek ve size kanuni süre içerisinde eksiksiz yanıt verebilmek için talep edilmektedir. Başvuru formunda belirttiğiniz bilgilerin doğru olmaması veya yetkisiz olarak başvuru yapılması halinde, belirtmiş olduğunuz şekilde bilgi gönderimi esnasında oluşabilecek sorun ve aksaklıklardan dolayı YNS Sağlık Hizmetleri A.Ş'nin sorumluluğu bulunmamaktadır.