**1. GENEL**

Sizilgili kişilertarafından6698sayılıKişiselVerilerinKorunmasıKanununun(“**KVKKanunu**”) 11. ve13.maddeleri[[1]](#footnote-2)uyarıncayapılacakbaşvurularıivedilikle,etkinvekapsamlıbirşekilde değerlendirebilmek ve çözümleyebilmek adına, işbu BaşvuruFormu[[2]](#footnote-3), veri sorumlusu **Op. Dr. Kemal Yıldız Muayenehanesi**(bundan böyle**‘’Muayenehane’’** olarak ifade edilecektir)tarafından hazırlanmıştır.

**2. BAŞVURU YOLU**

Sizilgili kişiler,KVKKanunu’nun11.ve 13. maddeleriuyarınca;verisorumlususıfatıtaşıyanOp. Dr. Kemal Yıldız Muayenehanesi ’ne,KVK Kanunu çerçevesinde belirtilen talepleriniziyazılıolarakişbuformun doldurulması suretiyleveyaKurulun belirleyeceğidiğeryöntemlerle:

* İlgili kişibaşvuruformununimzalıbirkopyasını ‘’Muhittin Mahallesi, Tütün Sokak No:19-21 Kat:2 Daire No:12 , Posta Kodu: 59850 Çorlu/TEKİRDAĞ’’ adresineşahsen başvurarak ya da özel yetki içeren vekaletname ile yetkilendirilmiş vekil aracıyla,
* İlgili kişi başvuruformununimzalıbirkopyasını‘’Muhittin Mahallesi, Tütün Sokak No:19-21 Kat:2 Daire No:12 , Posta Kodu: 59850 Çorlu/TEKİRDAĞ’’ adresineiadeli taahhütlü mektupyoluyla,
* İlgili kişibaşvuruformununimzalıbirkopyasını kvkk.opdrkemalyildiz@gmail.come-posta adresine mail olarak,
* İlgili kişibaşvuruformununimzalıbirkopyasınıkemal.yildiz.5@hs01.kep.tre-posta adresine elektronik imzalı olarak

İletebilirsiniz.*(Lütfen Başvurunuzu kapalı bir zarf ile ve zarfın üzerinde “6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gönderilmiştir” notunu düşerek gönderiniz.)*

**3. İLGİLİ KİŞİYEİLİŞKİN BİLGİLER**

KVKKanunu’nun11.maddesiuyarıncayapacağınızbaşvurunuzlailgiliolarak,sizleritanıyabilmemizOp. Dr. Kemal Yıldız Muayenehanesitarafındangerekliaraştırma,değerlendirmeveçözümlemeleriyapabilmemizamacıyla aşağıdaki bilgileri eksiksizşekildedoldurmanızı rica ederiz:

|  |  |
| --- | --- |
| Ad veSoyad\* |  |
| T.C. Kimlik Numarası\* |  |
| Adres\* |  |
| Telefon Numarası\* |  |
| E-posta Adresi\* |  |
| Faks Numarası (İsteğe bağlı) |  |

Yukarıdatarafımızasunmuş olduğunuzkişisel verileriniz, formun değerlendirilebilmesi, sonuçlandırılabilmesi vesizinleiletişimegeçilebilmesi amacıyla alınmaktavebaşka amaçlarla veri işlemeyekonu olmamaktadır.

Op. Dr. Kemal Yıldız Muayenehanesiileolan ilişkinizedairuygun olanseçeneği işaretleyerek, mevcut ilişkinin hâlen devam edip etmediğini aşağıdaki boşluktabelirtiniz.

Hasta Diğer (Lütfen Belirtiniz )

Çalışan

**4. İLGİLİ KİŞİNİNTALEPLERİ**

İlgili kişiolarak,KVK Kanunu’nun11.ve13.maddelerikapsamındabilgisahibiolmakistediğinizdurum/durumlariçin lütfen aşağıdayerverilen listedeki ilgili kutucuğu işaretleyiniz.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TALEBİNİZ** | **GEREKEN BİLGİ/BELGE** | **SEÇİMİNİZ** |
| **1.**Kişisel verileriminOp. Dr. Kemal Yıldız Muayenehanesitarafından işlenip işlenmediğini öğrenmek istiyorum. | Özel bir veri türüne dair bilgi almak istiyorsanızlütfen belirtiniz.…………………………………………………… |  |
| **2.**Op. Dr. Kemal Yıldız Muayenehanesitarafından kişisel verilerimin hangi amaçla işlendiğini öğrenmek istiyorum. | Özel bir veri türüne dair bilgi almak istiyorsanızlütfen belirtiniz.…………………………………………………… |  |
| **3.**Op. Dr. Kemal Yıldız Muayenehanesitarafından kişisel verilerimin amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenmek istiyorum. | Özel bir veri türüne dair bilgi almak istiyorsanızlütfen belirtiniz.…………………………………………………… |  |
| **4.** Eğer kişisel verilerimyurtiçinde veyayurtdışında üçüncü kişilere aktarılıyorsa, aktarılan üçüncü kişileri bilmek istiyorum. | Özel bir veri türüne dair bilgi almak istiyorsanızlütfen belirtiniz.…………………………………………………… |  |
| **5.** Kişisel verilerimin eksikveya yanlış işlendiği düşünüyorum ve bunların düzeltilmesini istiyorum. | Eksik ve yanlış işlendiğini düşündüğünüz bilgileri ve bu bilgilerin doğrusunun nasıl olması gerektiğinilütfen belirtiniz.…………………………………………………… |  |
| **6.** Eksik/yanlış işlendiğinidüşündüğüm kişisel verilerimin aktarıldığı üçüncü kişiler nezdinde de düzeltilmesini istiyorum. | Eksik ve yanlış işlendiğini düşündüğünüz bilgilerive bu bilgilerin doğrusunun nasıl olması gerektiğinilütfen belirtiniz.…………………………………………………… |  |
| **7.** Kişisel verileriminişlenmelerini gerektiren sebeplerin ortadan kalkması nedeniyle silinmesini/yok edilmesini istiyorum.[[3]](#footnote-4) | Bu talebinize konu verilerin hangi veriler olduğunuve aleyhinize olduğunu düşündüğünüz sonucun ne olduğunu belirtiniz, bu hususlara ilişkin tevsik edici bilgi ve belgelere lütfen Form ekinde yer veriniz.…………………………………………………… |  |
| **8.** Kişisel verileriminişlenmelerini gerektiren sebeplerin ortadan kalkması nedeniyle aktarıldıkları üçüncü kişiler nezdinde de silinmesini/yok edilmesini istiyorum.[[4]](#footnote-5) | Bu talebiniz, kişisel bilgilerinizin yalnızca birkısmına 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 Form ekindeyer veriniz.…………………………………………………… |  |
| **9.**Op. Dr. Kemal Yıldız Muayenehanesitarafından işlenen kişisel verilerimin münhasıran otomatik sistemler vasıtasıyla analiz edildiğini ve bu analiz neticesinde şahsım aleyhine bir sonuç doğduğunu düşünüyorum.Bu sonuca itiraz ediyorum. | Bu talebinizin gerekçesini ve bilgi alma talebinizeilişkin durumun sonucunu belirtiniz, bu hususlara ilişkin tevsik edici bilgi ve belgelere lütfen Form ekinde yer veriniz.…………………………………………………… |  |
| **10**. Kişisel verileriminkanuna aykırı işlenmesi nedeniyle uğradığım zararın tazminini talep ediyorum. | Bu talebinizin gerekçesini ve uğradığınızıdüşündüğünüz zararı aşağıdaki boşlukta belirtiniz; bu hususlara ilişkin tevsik edici bilgi ve belgelere (Kişisel Verilerin Korunması Kurulu veya mahkeme kararları) lütfen Form ekinde yer veriniz.…………………………………………………… |  |

İlgili kişiadınaüçüncükişiler tarafındanyapılacakolanbaşvurularda,işbuformile noterce onaylanmış özel yetki içerenvekâletnamenin,velayet/vesayetaltında bulunançocuklar adınayapılacak başvurularda ise işbu form ile velayet/vesayet ilişkisini tevsik edici belgelerin ilgili makamlarca onaylanmış yahut elektronik imzalı bir suretinin tarafımızagönderilmesi gerekmektedir.

Kişisel verilerinizin güvenliğini sağlamak amacıyla, bilgi edinme başvurunuzun Op. Dr. Kemal Yıldız Muayenehanesi’ neulaştığıtarihtenitibaren*en kısa süre*içinde,Op. Dr. Kemal Yıldız Muayenehanesi,ilgili kişiolduğunuzu teyitetmekamacıylasizinleiletişimegeçebilecek,buhusustasizlerdenbazıbilgivebelgeler talepedebilecektir.Bukapsamdatarafımızasağlamışolduğunuzbilgivebelgeler,ilgili kişiolduğunuzun teyit edilmesini müteakip derhal imha edilecektir.[[5]](#footnote-6)

Talepedilenbilgivebelgelerineksikolmasıdurumunda,talebinizin değerlendirilebilmesi için talebinizüzerinebilgivebelgelerin tamamlanarak tarafımıza iletilmesi gerekmektedir. Bilgi ve belgeler tarafımıza tam olarak iletilene kadar talebinsonuçlandırılmasına ilişkinKVK Kanunumadde 13/2’de belirtilenotuz(**30**)günlük süreaskıya alınacaktır.

**5. İLGİLİ KİŞİNİNTALEBİNİN SONUÇLANDIRILMASI**

Niteliğinegöretalebiniz,KVK Kanunuuyarıncabizlereulaştığıtarihtenitibaren, *enkısasürede veen geç otuz*(**30**)gün içinde cevaplandırılacaktır.Cevaplarımız ve değerlendirmelerimiz, işbu başvuruformundakiseçiminize göre KVKKanunu’nun13.maddesiuyarıncayazılıveyaelektronik ortamvasıtasıylatarafınızailetilecektir.Başvurusonucununposta,elektronikpostaveyafaksyöntemlerinden biriyleiletilmesineilişkin birtercihinizvarsa, lütfen aşağıdabelirtiniz:

|  |  |
| --- | --- |
| Başvurumailişkin sonucun e-posta adresimegönderilmesini istiyorum. |  |
| Başvurumailişkin sonucun posta aracılığı ilegönderilmesini istiyorum. |  |
| Başvurumailişkin sonucun faksyolu ilegönderilmesini istiyorum. |  |

TaleplerinizOp. Dr. Kemal Yıldız Muayenehanesitarafındanücretsizsonuçlandırılacakolup,cevaplamasürecinin ayrıca birmaliyetdoğurmasıhalinde,ilgili mevzuat çerçevesinde belirlenen tutarlarda ücret talep edilebilecektir. Talep haklı görülürse ve veri sorumlusunun hatasından kaynaklandığı anlaşılır ise, bir ücret alınmışsa bu ücret iade edilecektir.

Bu formdaki kişisel veriler Kanuni zorunluluğun ve hukuki yükümlülüğün yerine getirilmesi amacıyla sınırlı olarak otomatik olmayan yöntemlerle işlenecek olup kanunun Md.5’teki işleme sebepleri ile sınırlı olarak işlenebilecek ve Md.8’de belirtilen sebeplerle ilgili kamu kurum ve kuruluşlara aktarılabilecektir.

**6. İLGİLİ KİŞİBEYANI**

KVKKanunuuyarıncayapmışolduğumbilgiedinme başvurusunun,yukarıda belirttiğimtalep/talepler çerçevesindedeğerlendirilereksonuçlandırılmasınıricaeder,işbubaşvuruda tarafınıza sağlamış olduğumbilgive belgelerindoğru,güncelve şahsıma aitolduğunukabul,beyanve taahhüt ederim.

|  |  |
| --- | --- |
| **İlgili Kişi** |  |
| Adı Soyadı |  |
| Başvuru Tarihi |  |
| İmza |  |

1. KVK Kanunu’nun11.ve13.maddelerindebelirtilenhaklarınızıöğrenmekveOp. Dr. Kemal Yıldız Muayenehanesitarafından gerçekleştirilen veriişlemepolitikası hakkındadetaylıbilgiiçin almak için, [www.opdrkemalyildiz.com](http://www.opdrkemalyildiz.com)internet adresinde yer alanKişiselVerilerin İşlenmesi ve KorunmasıPolitikasınıinceleyebilirsiniz. [↑](#footnote-ref-2)
2. BaşvuruFormu’nundoldurulmasıileilgilisorularınızınolmasıhalinde[0 850 515 07 87]telefonnumarasıvekvkk.opdrkemalyildiz@gmail.come-postaadresivasıtasıylabizlereulaşabilirsiniz. [↑](#footnote-ref-3)
3. KVK Kanunu’nun 7/3 maddesi uyarınca, çıkacak yönetmelikle öngörülecek usul ve esaslar saklıdır. [↑](#footnote-ref-4)
4. KVK Kanunu’nun 7/3 maddesi uyarınca, çıkacak yönetmelikle öngörülecek usul ve esaslar saklıdır. [↑](#footnote-ref-5)
5. KVK Kanunu’nun 7/3 maddesi uyarınca, çıkacak yönetmelikle öngörülecek usul ve esaslar saklıdır. [↑](#footnote-ref-6)