



## OP. DR. VEYSEL KEREM BIKMAZ İLGİLİ KİŞİ BAŞVURU FORMU

### 1. Başvuru Yöntemi

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 başvurunuzu Kliniğimize iletebilirsiniz.

Başvuru Yöntemi	Başvurunun Yapılacağı Adres	Gösterilecek Bilgi
Islak İmzalı Şahsen Başvuru veya Noter Vasıtasıyla	Dikilitaş Mahallesi, Hakkı Yeten Cd. Selenium Plaza, 10/C Blok Kat:13 Şişli /İstanbul	Zarfin/tebligatın üzerine " <i>Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamında Bilgi Talebi</i> " yazılacaktır.
Kayıtlı Elektronik Posta (KEP) Vasıtasıyla	<a href="mailto:bilgi@kerembikmaz.com">bilgi@kerembikmaz.com</a>	E-posta'nın konu kısmına " <i>Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Bilgi Talebi</i> " yazılacaktır.
Sistemimizde Kayıtlı E-Posta Adresi ile	<a href="mailto:bilgi@kerembikmaz.com">bilgi@kerembikmaz.com</a>	E-posta'nın konu kısmına " <i>Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Bilgi Talebi</i> " yazılacaktır.
Güvenli elektronik imza veya mobil imza vasıtasıyla	<a href="mailto:bilgi@kerembikmaz.com">bilgi@kerembikmaz.com</a>	E-posta'nın konu kısmına " <i>Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Bilgi Talebi</i> " yazılacaktır.

Tarafımıza iletilmiş olan başvurularınız Kanun'un 13'üncü maddesinin 2'nci fıkrası gereğince, talebin niteliğine göre, talebinizin bizlere ulaştığı tarihten itibaren otuz gün içinde yanıtlandırılacaktır. Yanıtlarımız ilgili Kanun'un 13'üncü maddesi hükmü gereğince yazılı veya elektronik ortamdan tarafınıza ulaştırılacaktır.

### A. Başvuru sahibi iletişim bilgileri:

Ad:	
Soy ad:	
TC Kimlik/Pasaport Numarası:	
Telefon Numarası:	



**D. Lütfen başvurunuza vereceğimiz yanıtın tarafınıza bildirilme yöntemini seçiniz:**

- Adresime gönderilmesini istiyorum.
- E-posta adresime gönderilmesini istiyorum.

*(E-posta yöntemini seçmeniz hâlinde size daha hızlı yanıt verebileceğiz.)*

- Elden teslim almak istiyorum.

*(Vekâleten teslim alınması durumunda noter tasdikli vekâletname veya yetki belgesi olması gerekmektedir.)*

İşbu başvuru formu, Kliniğimiz ile olan ilişkinizi tespit ederek, varsa, Kliniğimiz tarafından işlenen kişisel verilerinizi eksiksiz olarak belirleyerek, ilgili başvurunuza doğru ve kanuni süresinde cevap verilebilmesi için tanzim edilmiştir. 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 Kliniğimiz ek evrak ve malumat (Nüfus cüzdanı veya sürücü belgesi sureti vb.) talep etme hakkını saklı tutar. Form kapsamında iletmekte olduğunuz taleplerinize ilişkin bilgilerin doğru ve güncel olmaması ya da yetkisiz bir başvuru yapılması halinde Kliniğimiz, söz konusu yanlış bilgi ya da yetkisiz başvuru kaynaklı taleplerden dolayı mesuliyet kabul etmemektedir.

**Başvuru Sahibi Adı-Soy adı** :  
(Kişisel veri sahibi)

**Başvuru Tarihi** :

**İmza** :