

MEDİLİFE SAĞLIK HİZMETLERİ KİŞİSEL VERİ SAHİBİ BAŞVURU FORMU

6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (KVKK) ve 30808 Sayılı Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Sağlanması Hakkında Yönetmelik kapsamında Medilife bünyesindeki “**Medilife Sağlık Hizmetleri Tic. Ltd. Şti.**”, “**Yonca Sağlık Hizmetleri Ltd. Şti.**”, “**Medilifedent Sağlık Hizmetleri Tic. Ltd. Şti.**” ve “**Özel Çapa Medilife Hastanesi Çelebi Sağlık Hizmetleri Ltd. Şti.**” ayrı ayrı “Veri Sorumlusu” sıfatına sahiptir.

1. Başvuru Hakkınıza İlişkin Genel Bilgilendirme

Kanunun 11. maddesi çerçevesinde her zaman veri sorumlusuna başvurarak;

- Kişisel verilerinizin işlenip işlenmediğini öğrenme,
- Kişisel verileriniz işlenmişse buna ilişkin bilgi talep etme,
- Kişisel verilerinizin işlenme amacı ve bunların amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenme,
- Kişisel verilerinizin yurt içinde veya yurt dışında aktarıldığı üçüncü kişileri öğrenme,
- Kişisel verilerinizin eksik veya yanlış işlenmiş olması hâlinde bunların düzeltilmesini isteme ve bu kapsamda yapılan işlemin kişisel verilerin aktarıldığı üçüncü kişilere bildirilmesini isteme,
- Kanun ve ilgili diğer kanun hükümlerine uygun olarak işlenmiş olmasına rağmen, işlenmesini gerektiren sebeplerin ortadan kalkması hâlinde kişisel verilerinizin silinmesini, yok edilmesini veya anonim hale getirilmesini isteme ve bu kapsamda yapılan işlemin kişisel verilerin aktarıldığı üçüncü kişilere bildirilmesini isteme,
- İşlenen verilerinizin münhasıran otomatik sistemler vasıtasıyla analiz edilmesi suretiyle aleyhinize bir sonucun ortaya çıkmasına itiraz etme,
- Kişisel verilerinizin kanuna aykırı olarak işlenmesi sebebiyle zarara uğramanız hâlinde zararın giderilmesini talep etme haklarına sahiptir.

Kurumumuz Kanun’un 13. maddesine dayanarak başvurunuzu talebin niteliğine göre en kısa sürede ve en geç otuz (30) gün içinde sonuçlandıracaktır.

Başvurunuzun verilecek cevabın güvenli bir şekilde size ulaşması için kimlik doğrulamak maksadıyla size ulaşabilir veya ilave evrak talep edebiliriz.

Başvurunuzun sonuçlandırılması için doğabilecek maliyetler Kurul tarafından belirlenenler ile sınırlı kalmak üzere size bildirilecektir.

2. Başvuru Yöntemi

İşbu haklarınız kapsamındaki taleplerinizi KVK Kanunu’nun 13. maddesi ile Veri Sorumlusuna Başvuru Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ’in 5. maddesi gereğince işbu formun çıktısı alınarak; başvuru sahibinin şahsen veya yetkilendirdiği kişi vasıtasıyla yapacağı başvurusu;

1. Şahsen veya Noter vasıtasıyla Medilife Beylikdüzü Hastanesine başvuru için “**Yakuplu mah Hürriyet Blv No:5 34524 Beylikdüzü / İstanbul**” adresine, zarfın üzerine “Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamında Bilgi Talebi” yazılarak gönderilmesi suretiyle yapılacaktır.
2. Şahsen veya Noter vasıtasıyla Medilife Bağcılar Hastanesine başvuru için “**Fevzi Çakmak Mah. Osman Gazi Cad. No: 173 Bağcılar / İstanbul**” adresine, zarfın üzerine “Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamında Bilgi Talebi” yazılarak gönderilmesi suretiyle yapılacaktır.
3. Şahsen veya Noter vasıtasıyla Medilife Çapa Hastanesine başvuru için “**Millet Cad. No: 125 Çapa Fatih / İstanbul**” adresine, zarfın üzerine “Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamında Bilgi Talebi” yazılarak gönderilmesi suretiyle yapılacaktır.
4. Şahsen veya Noter vasıtasıyla Medilifedent Sağlık Hizmetlerine başvuru için “**Yakuplu Mahallesi Hürriyet Bulvarı No: 7 Beylikdüzü / İstanbul**” adresine, zarfın üzerine “Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamında Bilgi Talebi” yazılarak gönderilmesi suretiyle yapılacaktır.
5. Güvenli elektronik imza ile imzalanarak Kayıtlı Elektronik Posta (KEP) yoluyla başvuru yapılması halinde, yazılı başvuru, ilgili hastanenin e-posta hesabına, e-postanın konu bölümüne “Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamında Bilgi Talebi” kullanmak suretiyle kurumumuza iletebilirsiniz.

Medilife Beylikdüzü Hastanesine : yoncasaglikhizmetleri@hs01.kep.tr

Medilife Bağcılar Hastanesine: medilifesaglikhizmetleri@hs01.kep.tr

Medilife Çapa Hastanesi: ozelcapamedilifehastanesi@hs01.kep.tr

Medilifedent Sağlık Hizmetleri: medilifedent@hs01.kep.tr

Ek: Başvuru Formu

KİŞİSEL VERİLERİ KORUMA KANUNU (KVKK)
KİŞİSEL VERİLER ERİŞİM/ BİLGİ TALEP FORMU

I. Başvuru Sahibi Bilgileri	T.C. Kimlik No		
	Ad Soyad		
	Doğum Tarihi		
	Telefon No		
	Adres		
	<input type="checkbox"/> Veri sahibiyim (kendi verilerimi talep ediyorum)		
Veri sahibi yakınıyım (Yakınıma ilişkin verileri talepediyorum)			
<input type="checkbox"/> Yakınlık derecesi* belirtiniz:			
* Yasal temsilci iseniz ilgili kararı ek olarak iletiniz.			
<i>Not: Kişisel verilerinizin güvenliğini sağlamak amacıyla kimlik tespiti için ek evrak (Nüfus Cüzdanı vb) talep edilebilir.</i>			
II. Kurumla İlişki Bilgisi	Lütfen aşağıdaki seçeneklerden kurumumuzla olan ilginize uygun olanı işaretleyiniz.		
	<input type="checkbox"/> Hasta/ Hasta Yakını	<input type="checkbox"/> Çalışan/ Eski Çalışan/ Aday	<input type="checkbox"/> Tedarikçi/ Firma Çalışanı
	Hastalarımız için	Çalışanlarımız için	Tedarikçilerimiz için
	En son hizmet alınan birim; Son başvuru tarihi;	Durum; <input type="checkbox"/> Mevcut Çalışan <input type="checkbox"/> Eski Çalışan <input type="checkbox"/> Aday Çalışma dönemi (yıl); Adaylar için başvuru yılı;	Çalıştığınız firma adı; Firmanızdaki pozisyonunuz;
III. Talebe İlişkin Bilgi	<i>Lütfen talep ettiğiniz kişisel veriye ilişkin bir açıklama yapınız ve verinin konumuna dair sahip olduğunuz herhangi bir bilgi var ise paylaşınız (örneğin kurumumuz hizmet alınan hastaneyi, çalışıyorsanız departmanınızı, iletişimde bulunduğunuz kişileri uygun olduğu ölçüde açıklayınız).</i>		
	Lütfen talebinize vereceğimiz yanıt için gönderim yöntemini seçiniz		
<input type="checkbox"/> Adresime gönderim istiyorum		<input type="checkbox"/> E-posta adresime gönderim istiyorum	<input type="checkbox"/> Bizzat başvurarak elden teslim almak istiyorum

Talep Eden Tarafından Doldurulacak	Kurum Tarafından Doldurulacak
Talep Tarihi	Teslim Alma Tarihi
Talep Eden Ad Soyad - İmza	Teslim Alan Ad Soyad - İmza

Doküman Kodu:BY.FR.04.00