

KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU UYARINCA BAŞVURU FORMU

Doküman Kodu: KU.FR. 04

Yayın Tarihi: 10.09.2024

Revizyon Tarihi:-

Revizyon No:00

Sayfa No: 1 / 2

Başvuru Tarihi : / /

☐ Kendisine ait “Kişisel Verinin Talebi”

☐ Başkasına ait “Kişisel Verinin Talebi” halinde (19 yaşından gün almamış ise ebeveynleri ya da velayet sahibi, vesayet altında ise vasisi, ilgili kişinin bu yönde açıkça vekalet vermiş olduğu kişiler)

A. Başvuruda bulunan Kişinin iletişim bilgileri:

Adı Soyadı: İmza:.....

Doğum Tarihi:...../ / T.C. Kimlik No :

Telefon Numarası:

E-posta Adresi:

Adres:

B. Talebi yapılan Kişisel Verinin sahibi:

Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:...../ / T.C. Kimlik No :

Telefon Numarası :

E-posta Adresi:

Adres:

C. Lütfen İva Sağlık Bilişim Teknolojileri AŞ ile olan ilişkinizi belirtiniz. (“Hasta, eski çalışan, üçüncü taraf, İva Sağlık Bilişim Teknolojileri AŞ’ a hizmet sunan firma çalışanı gibi)

İva Sağlık Bilişim Teknolojileri AŞ ’de sağlık hizmeti alanlar dolduracaktır

☐ Evde Sağlık Hizmeti Aldım ☐ İşyerinde Sağlık Hizmeti Aldım ☐ Otelde Sağlık Hizmeti Aldım

☐ Diğer: Hizmet Alınan Sağlık Birimleri:

.....

.....

İva Sağlık Bilişim Teknolojileri AŞ Evde Bakım ve Sağlık Hizmetlerinde çalışanlar dolduracaktır.

☐ Mevcut Çalışanıyım

☐ Eski Çalışanıyım Çalıştığım Yıllar :

☐ Diğer:

D. Lütfen Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamındaki talebinizi detaylı olarak belirtiniz:

KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU UYARINCA BAŞVURU FORMU

Doküman Kodu: KU.FR. 04

Yayın Tarihi: 10.09.2024

Revizyon Tarihi:-

Revizyon No:00

Sayfa No: 2 / 2

.....
.....
.....
.....

E. Lütfen başvurunuzla vereceğimiz yanıtın tarafınıza bildirilme yöntemini seçiniz:

- ☐ Adresime gönderilmesini istiyorum.
☐ E-posta adresime gönderilmesini istiyorum.
☐ Elden teslim almak istiyorum.

(Vekâleten talep edilmesi durumunda vekâletname veya yetkili kişinin yetkisini gösterir belgenin olması gerekmektedir.)

F. Açıklama

Bu formu doldurarak,

• İmzalı bir örneğini Kozyatağı Mah. Değirmen Sok. Ar Plaza E Blok No: 13/3 Kat: 2 Kadıköy / İSTANBUL adresine bizzat teslim edebilir, noter kanalıyla gönderebilir,

• **iva@hs01.kep.tr** adresine güvenli elektronik ya da mobil imzalı olarak, kayıtlı elektronik posta adresi veya sistemimizde kayıtlı olan elektronik posta adresiniz aracılığıyla iletebilirsiniz.

Doldurmuş olduğunuz bu başvuru formu, İva Sağlık Bilişim Teknolojileri AŞ ile olan ilişkinizi tespit ederek, varsa, İva Sağlık Bilişim Teknolojileri AŞ tarafından işlenen kişisel verilerinizle ilgili olarak eksiksiz ve isabetli olarak ilgili başvurunuzla 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 İva Sağlık Bilişim Teknolojileri AŞ, ek evrak ve malumat (Nüfus cüzdanı veya sürücü belgesi sureti gibi) talep etme hakkını saklı tutar.

Form kapsamında iletmekte olduğunuz taleplerinize ilişkin bilgilerin doğru ve güncel olmaması ya da yetkisiz bir başvuru yapılması halinde, söz konusu yanlış bilgi ya da yetkisiz başvuru kaynaklı taleplerden veya belirttiğiniz adreslere cevaplarımızın gönderimi sırasında oluşabilecek aksaklıklardan dolayı İva Sağlık Bilişim Teknolojileri AŞ sorumluluk kabul etmemektedir.

İva Sağlık Bilişim Teknolojileri AŞ tarafından doldurulacaktır.

Tarih: / /

Teslim Alanın Adı Soyadı:

İmza: