

6698 SAYILI KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU UYARINCA

BİLGİ TALEP FORMU

1.GENEL AÇIKLAMA

6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun 11.maddesinden doğan haklarınıza ilişkin taleplerinizi işbu form vasıtasıyla ESTELİT SAĞLIK HİZMETLERİ A.Ş. ("ELİT KLİNİK")'e iletebilirsiniz. Söz konusu talepleriniz ELİT KLİNİK'e ulaştığı tarihten itibaren mümkün olan en kısa sürede ve en geç otuz gün içerisinde cevaplanacaktır. Bilgi talebinizin cevabı aşağıda seçtiğiniz iletişim kanalları kullanılarak yazılı veya elektronik ortamdan sizlere iletilecektir.

Başvuru esnasında bilgiler eksiksiz doldurulmak zorundadır. Aksi takdirde bilgi talepleriniz ELİT KLİNİK tarafından karşılanamayacaktır. Bilgilerin yanlış ya da eksik olması durumunda ELİT KLİNİK talebin cevaplanmadığından bahisle herhangi bir sorumluluk kabul etmemektedir.

Veri Sorumlusu: ESTELİT SAĞLIK HİZMETLERİ A.Ş.

Adres: Hamidiye, Cendere Cad. No: 103 – 1 T4 Blok, 34396 Kağıthane/İstanbul

Tel: +90 444 0 207

E-posta: info@elitklinik.com

2.BİLGİ TALEP EDEN İLGİLİ KİŞİYE İLİŞKİN BİLGİLER

Ad:

Soyad:

T.C. Kimlik numarası / Uyruk ve pasaport numarası:

Telefon ve Fax numarası:

E-posta:

İkamet veya İşyeri Adresi:

Şirketimiz ile ilişkiniz: Hasta-Danışan / İş Ortağı / Ziyaretçi / Diğer

3.TALEP KONUSU (Var ise konuya ilişkin bilgi ve belgelerinde eklenmesini rica ederiz.)

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

4.İLGİLİ KİŞİNİN BEYANI

Yukarıda izah ettiğim taleplerim doğrultusunda başvurumun değerlendirilmesini ve tarafıma cevap verilmesini rica etmekteyim. Başvurum esnasında vermiş olduğum bilgilerin gerçek ve güncel olduğunu, şahsıma ait olduğunu kabul, beyan ve taahhüt ederim. Talep ettiğim bilgi için paylaşmış olduğum kişisel verilerimin ve/veya özel nitelikli kişisel verilerimin ESTELİT SAĞLIK HİZMETLERİ A.Ş. tarafından amacıyla bağlantılı olarak işlenmesine izin veriyorum.

- Başvurumun cevabını bizzat elden teslim almak istiyorum. (Başvuruyu yapan ilgili kişi dışında kimseyle başvuruyla ilgili bilgi paylaşımı yapılmamaktadır.)
- Başvurumun cevabının Başvuru Formunda belirtilen e-posta adresime gönderilmesi istiyorum.
- Başvurumun cevabının Başvuru Formunda belirtilen adresime gönderilmesini istiyorum. (Lütfen seçtiğiniz seçeneğe işaretleme yapınız.)

Başvuruda Yapan İlgili Kişinin Adı Soyadı:

Başvuru Tarihi:

İmza: