

1. Başvuru Hakkınıza İlişkin Genel Bilgilendirme

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun ("**6698 sayılı Kanun**") 11. maddesi uyarınca veri sahibi olarak Özel Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi'ne (**Hastane veya ASM**) başvurarak aşağıda yer verilen taleplerde bulunabilirsiniz:

- (1) Kişisel verilerinizin işlenip işlenmediğini öğrenme,
- (2) Kişisel verileriniz işlenmişse buna ilişkin bilgi talep etme,
- (3) Kişisel verilerinizin işlenme amacı ve bunların amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenme,
- (4) Kişisel verilerinizin yurt içinde veya yurt dışında aktarıldığı üçüncü kişileri öğrenme,
- (5) Kişisel verilerinizin eksik veya yanlış işlenmiş olması hâlinde bunların düzeltilmesini isteme ve bu kapsamda yapılan işlemin kişisel verilerin aktarıldığı üçüncü kişilere bildirilmesini isteme,
- (6) 6698 sayılı 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,
- (7) İşlenen verilerinizin münhasıran otomatik sistemler vasıtasıyla analiz edilmesi suretiyle aleyhinize bir sonucun ortaya çıkmasına itiraz etme,
- (8) Kişisel verilerinizin kanuna aykırı olarak işlenmesi sebebiyle zarara uğramanız hâlinde zararın giderilmesini talep etme.

Hastanemiz 6698 sayılı Kanun'un 13. maddesine dayanarak başvurunuzu talebin niteliğine göre en kısa sürede ve en geç otuz (30) gün içinde sonuçlandıracaktır.

2. Başvuru Yöntemi

İşbu haklarınız kapsamındaki taleplerinizi 6698 sayılı Kanun'un 13. maddesi ile Veri Sorumlusuna Başvuru Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ'in 5. maddesi gereğince; yazılı olarak veya kayıtlı elektronik posta (KEP) adresi, güvenli elektronik imza, mobil imza ya da önceden Hastanemize bildirmiş olduğunuz ve sistemimizde kayıtlı bulunan elektronik posta adresinizi kullanmak suretiyle iletebilirsiniz.

Veri Sahibi tarafından başvuru yapılması esnasında yazılı başvuru kanallarına ilişkin aşağıdaki açıklamalara dikkat edilmelidir.

BAŞVURU YÖNTEMİ	Yazılı Olarak Başvuru	Kayıtlı Elektronik Posta (KEP) Yoluyla	Sistemimizde Bulunan Elektronik Posta Adresi ile Başvuru	Faks Yoluyla Başvuru	Uygulama Üzerinden Başvuru
BAŞVURU ADRESİ	BAŞHEKİMLİK ADINA HASTANE ADRESİ		kvkbasvuru@anadolu saglik.org	0262 654 30 49	
BAŞVURUDA GÖSTERİLECEK BİLGİ	Zarfın/tebliğatin üzerine "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamında Bilgi Talebi" yazılacaktır.	E-posta'nın konu kısmına "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Bilgi Talebi" yazılacaktır.	E-posta'nın konu kısmına "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Bilgi Talebi" yazılacaktır.	Talebin üzerine "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamında Bilgi Talebi" yazılacaktır.	

3. Kimlik ve İletişim Bilgileriniz

Lütfen sizinle iletişime geçebilmemiz ve kimliğinizi doğrulayabilmemiz adına aşağıdaki alanları doldurunuz.

Ad-Soyadı	:	
T.C. Kimlik Numarası / Diğer Ülke Vatandaşları için Pasaport Numarası veya Kimlik Numarası	:	
Tebliğata Esas Yerleşim Yeri Adresi / İş Yeri Adresi	:	
Cep Telefonu	:	
Telefon Numarası	:	
Faks Numarası	:	
E-posta Adresi	:	
Hastanemizle İlişkiniz	:	Hasta <input type="checkbox"/> İş Ortağı <input type="checkbox"/> Hasta Yakını <input type="checkbox"/> Ziyaretçi <input type="checkbox"/> Çalışan <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>

4. Talep Konusu

Kişisel verilerinize ilişkin talebinizi aşağıda açıkça yazmanızı rica ederiz. Konuya ilişkin bilgi ve belgeler başvuruya eklenmelidir.

--

	Konu	Tercih
1	Hastaneniz nezdinde kişisel verilerim işleniyor mu?	
2	Hastaneniz nezdinde kişisel verilerim işleniyorsa, işleme faaliyeti hakkında bilgi talep ediyorum.	
3	Hastaneniz nezdinde kişisel verilerim işleniyorsa, kişisel veri işleme faaliyetinin amacı ve faaliyetin işleme amacına uygun kullanılıp kullanılmadığı hakkında bilgi talep ediyorum.	
4	Kişisel verilerim yurtiçinde veya yurtdışında üçüncü kişilere aktarılıyor mu? Kişisel verilerim aktarılıyorsa, üçüncü kişiler hakkında bilgi talep ediyorum.	
5	Kişisel verilerimin Hastaneniz nezdinde eksik veya yanlış işlendiğini düşünüyorum ve düzeltilmesini talep ediyorum. Talep halinde aşağıda yer alan bilgi ve belgeler tarafımıza iletilmelidir: <ul style="list-style-type: none">• Eksik veya yanlış olduğunu düşündüğünüz, düzeltilmesini istediğiniz kişisel verinizin içeriği.• Kişisel verilerinizin doğru ve tamamlayıcı bilgilerini gösteren belgeler.	
6	Kişisel verilerimin işlenme sebeplerinin ortadan kalktığını düşünüyorum bu nedenle kişisel verilerimin, <input type="checkbox"/> Silinmesi veya <input type="checkbox"/> Anonim hale getirilmesi talep ediyorum. Talep halinde kişisel verilerinizin işlenme sebeplerinin neden mevcut olmadığını düşündüğünüze ilişkin açıklayıcı bilgi/belge Hastanemize iletilmelidir.	

**ÖZEL ANADOLU SAĞLIK MERKEZİ HASTANESİ
VERİ SAHİBİ BAŞVURU FORMU**

7	Kişisel verilerim Hastaneniz nezdinde eksik veya yanlış işleniyorsa kişisel verilerimin aktarıldığı üçüncü kişilere bu durumun bildirilmesini talep ediyorum. Talep halinde aşağıda yer alan bilgi ve belgeler Hastanemize iletilmelidir: <ul style="list-style-type: none">• Eksik veya yanlış olduğunu düşündüğünüz, düzeltilmesini istediğiniz kişisel verinizin içeriği.• Kişisel verilerinizin doğru ve tamamlayıcı bilgilerini gösteren belgeler.	
8	Kişisel verilerimin işlenmesini gerektiren sebepler ortadan kalktıysa bu durumun kişisel verilerimin aktarıldığı üçüncü kişilere bildirilmesini talep ediyorum. Talep halinde kişisel verilerinizin işlenme sebeplerinin neden mevcut olmadığını düşündüğünüze ilişkin açıklayıcı bilgi/belge Hastanemize iletilmelidir.	
9	Hastaneniz nezdinde işlenen kişisel verilerimin münhasıran otomatik sistemler vasıtasıyla analiz edilmesi neticesinde aleyhime doğan sonuca itiraz ediyorum. Talep halinde aleyhinize çıkan sonucu açıklayan bilgi/belge Hastanemize iletilmelidir.	
10	Kişisel verilerimin kanuna aykırı işlenmesi nedeniyle uğradığım zararın giderilmesini talep ediyorum. Talep halinde uğradığınız zararı açıklayan bilgi/belge Hastanemize iletilmelidir.	

Yukarıda belirttiğim talepler doğrultusunda, Hastanenize yapmış olduğum başvurumun 6698 sayılı Kanun'un 13. maddesi uyarınca değerlendirilerek tarafıma bilgi verilmesini rica ederim.

İşbu başvuruda tarafınıza sağlamış olduğum bilgi ve belgelerimin doğru ve güncel olduğunu, Hastanenizin başvurumu sonuçlandırabilmek adına ilave bilgi talep edebileceğini ve ayrıca bir maliyet gerektirmesi halinde Kurul tarafından belirlenen ücreti ödemem gerekebileceği hususunda aydınlatıldığımı beyan ve taahhüt ederim.

Yanıtın 2'nci bölümde sağlamış olduğum posta adresime gönderilmesini istiyorum.

Yanıtın 2'nci bölümde sağlamış olduğum elektronik posta adresime gönderilmesini istiyorum.

Yanıtın 2'nci bölümde sağlamış olduğum faks numarama gönderilmesini istiyorum.

Başvuruda Bulunan İlgili Kişi (Veri Sahibi)

Adı Soyadı :

Başvuru Tarihi :

İmza :