

Başvuru Sahibi Bilgileri	Adı- Soyadı	
	TC Kimlik No	
	Doğum Tarihi	
	Adres	
Kurumla İlişki Bilgisi	Kurumumuzdan hasta olarak hizmet aldı iseniz; En son hizmet aldığınız birimi ve kurumumuza hasta olarak kayıt yaptırdığınız son tarihi, Kurumumuzda personel iseniz; Kurumumuzda ki pozisyonunuzu, işe giriş tarihinizi, Kurumumuza aday personel olarak başvuruda bulundu iseniz; Başvurduğunuz pozisyonu ve başvuru tarihini, Kurumumuzun eski personeli iseniz; Kurumumuzda daha önce çalıştığınız pozisyonunuzu ve çalışma döneminizi, Kurumumuzun işbirliği içinde olduğu tedarikçilerden iseniz; Çalıştığınız firma adını ve firmadaki pozisyonu aşağıdaki alana yazınız.	
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>	
	<i>Lütfen talebinize vereceğimiz yanıt için gönderim yöntemini seçiniz</i>	
	<input type="checkbox"/> Adresime gönderim İstiyorum	<input type="checkbox"/> E-posta adresime gönderim başvurarak elden istiyorum <input type="checkbox"/> Bizzat teslim almak istiyorum
Talep Eden Tarafından Doldurulacak	Kurum Tarafından Doldurulacak	
Talep Tarihi:	Teslim Alma Tarihi:	
Talep Edenin Adı-Soyadı-İmza	Teslim Alanın Adı-Soyadı-İmza	

Açıklama: Kişisel verilerinizle ilgili taleplerinizi bu formu doldurarak, veri sorumlusu sıfatı il işlendiği ölçüde Kişisel Verileri Koruma Kanunu (KVKK)'nın 11. Maddesi gereği Yenikent Mh. 2424 Sk. NO:25 Gebze/Kocaeli adresine elden teslim edebilir, Noter kanalıyla gönderebilir veya gebzedoga@hs01.kep.tr adresine güvenli elektronik imza ile iletebilirsiniz. Bu formda bahsettiğiniz bilgi ve belgeler kurumumuz ile ilişkinizi doğru bir şekilde tespit etmek ve size kanuni süre içerisinde eksiksiz yanıt verebilmek için talep edilmektedir.