

KİŞİSEL VERİ SORUMLUSUNA BAŞVURU, BİLGİ TALEP FORMU

GENEL AÇIKLAMALAR

İşbu Kişisel Veri Sahibi Başvuru, **Bilgi Talep** Formu ("**Başvuru Formu**"), veri sahiplerinin ("**Başvuru Sahibi**") Grup Florence Nightingale Hastaneleri A.Ş., Florence Nightingale Tıp Merkezi A.Ş., İstanbul Florence Nightingale Hastanesi A.Ş., Fulya Sağlık Tesisleri ve Tic. A.Ş (bundan böyle hep birlikte "**Grup Florence Nightingale Hastaneleri**" olarak anılacaktır) nezdinde 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun ("**KVKK**") 11. maddesi ile düzenlenen haklarını kullanmak için yapacakları başvurularda kullanılması amacıyla oluşturulmuştur.

Bu kapsamda öncelikle anılan madde uyarınca kişisel veri sahibi olarak kendinizle ilgili aşağıdaki haklara sahip olduğunuzu belirtmek isteriz:

- Kişisel veri işlenip işlenmediğini öğrenme,
- Kişisel verileri işlenmişse buna ilişkin bilgi talep etme,
- Kişisel verilerin işlenme amacını ve bunların amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenme,
- Yurt içinde veya yurt dışında kişisel verilerin aktarıldığı üçüncü kişileri bilme,
- Kişisel verilerin eksik veya yanlış işlenmiş olması halinde bunların düzeltilmesini isteme,
- 6698 sayılı Kanunun 7'nci maddesinde öngörülen şartlar çerçevesinde kişisel verilerin silinmesini veya yok edilmesini isteme,
- (d) ve (e) bentleri uyarınca yapılan işlemlerin, kişisel verilerin aktarıldığı üçüncü kişilere bildirilmesini isteme,
- İşlenen verilerin münhasıran otomatik sistemler vasıtasıyla analiz edilmesi suretiyle kişinin kendisi aleyhine bir sonucun ortaya çıkmasına itiraz etme,
- Kişisel verilerin kanuna aykırı olarak işlenmesi sebebiyle zarara uğraması halinde zararın giderilmesini talep etme.

Grup Florence Nightingale Hastaneleri'nden Kanun'un 11. maddesi uyarınca bir talebiniz varsa aşağıdaki bilgileri doldurmak ve talebinizi iletmek suretiyle lütfen bize bildiriniz.

Bu çerçevede Grup Florence Nightingale Hastanelerine "yazılı" olarak yapılacak başvurular, işbu formun çıktısı alınarak aşağıdaki yöntemlerle tarafımıza iletilir:

- Başvuru sahibinin şahsen başvurusu ile,
- Noter vasıtasıyla,
- Başvuru sahibi tarafından 5070 Sayılı Elektronik İmza Kanunu'nda tanımlı olan "güvenli elektronik imza" ile imzalanarak Şirket kayıtlı elektronik posta adresine gönderilmek suretiyle tarafımıza iletililecektir

Başvuruların ne şekilde tarafımıza ulaştırılacağına ilişkin bilgiler şu şekildedir:

Başvuru Yöntemi	Başvuru Adresi	Belirtilecek Bilgi
Şahsen Başvuru (Başvuru Sahibinin bizzat gelerek kimliğini tevsik edici belgeler ile başvurusu)	• İzzetpaşa Mah. Abide-i Hürriyet Cad. No: 166 Şişli/İstanbul • Gayrettepe, Cemil Aslan Güder Sk. No: 8 Beşiktaş/İstanbul • Feneryolu, Bağdat Cad. No:63 Kadıköy/İstanbul • Feneryolu, Bağdat Cad. No:69, Kadıköy/İstanbul • Küçükbakkalköy, Şenlik Sokağı No:11, Ataşehir/İstanbul	"Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında Bilgi Talep Formu" imzalanarak yazılacaktır.
Veri Sahibi Adına Yetkili Kişi Başvurusu (Başvuru Sahibinin bizzat gelerek kimliğini tevsik edici belgeler ile başvurusu)	• İzzetpaşa Mah. Abide-i Hürriyet Cad. No: 166 Şişli/İstanbul • Gayrettepe, Cemil Aslan Güder Sk. No: 8 Beşiktaş/İstanbul • Feneryolu, Bağdat Cad. No:63 Kadıköy/İstanbul • Feneryolu, Bağdat Cad. No:69, Kadıköy/İstanbul • Küçükbakkalköy, Şenlik Sokağı No:11, Ataşehir/İstanbul	Başvuruyu veri sahibi adına yapacak yetkili kişinin bilgileri alınacaktır.

Tarafımıza iletilmiş olan başvurularınız KVKK'nın 13'üncü maddesinin 2'nci fıkrası gereğince, talebin niteliğine göre talebinizin bizlere ulaştığı tarihten itibaren otuz gün içinde yanıtlandırılacaktır. Yanıtlarımız ilgili KVKK'nın 13'üncü maddesi hükmü gereğince yazılı veya elektronik ortamdan tarafınıza ulaştırılacaktır.

Noter vasıtasıyla tebligat	• İzzetpaşa Mah. Abide-i Hürriyet Cad. No: 166 Şişli/İstanbul • Gayrettepe, Cemil Aslan Güder Sk. No: 8 Beşiktaş/İstanbul • Feneryolu, Bağdat Cad. No:63 Kadıköy/İstanbul • Feneryolu, Bağdat Cad. No:69, Kadıköy/İstanbul • Küçükbakkalköy, Şenlik Sokağı No:11, Ataşehir/İstanbul	Tebliğat zarfına “Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında bilgi talebi” yazılacaktır.
“Güvenli elektronik imza” ile imzalanarak Kayıtlı Elektronik Posta (KEP) Yoluyla	istanbulflorence@hs01.kep.tr fulyasagliktesisleri@hs01.kep.tr fntipmerkezi@hs01.kep.tr grupflorence@hs01.kep.tr	E-posta’nın konu kısmına “Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında bilgi talebi” yazılacaktır.
Elektronik posta yoluyla	ifn.bashekimlik@florence.com.tr gfn.bashekimlik@florence.com.tr afn.bashekimlik@florence.com.tr ktfn.bashekimlik@florence.com.tr kfn.bashekimlik@florence.com.tr	E-posta’nın konu kısmına “Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında bilgi talebi” yazılacaktır.

BAŞVURU SAHİBİNE İLİŞKİN BİLGİLER

Adı Soyadı :
T.C. Kimlik No :
Telefon Numarası :
E-posta :
Şirketimizle Aranızdaki İlişki :

- ☐ Çalışan
☐ Hasta
☐ Hasta Yakını
☐ Müşteri
☐ Tedarikçi
☐ İş Ortağı
☐ Ziyaretçi
☐ Çalışan Adayı
☐ Eski Çalışan
☐ Diğer (.....)

BAŞVURU SAHİBİ TALEP DETAYI (*Lütfen talebinizi detaylı bir şekilde açıklayınız*)

Lütfen başvurunuza vereceğimiz yanıtın tarafınıza bildirilme yöntemini seçiniz:

- ☐ Adresime gönderilmesini istiyorum.
☐ E-posta adresime gönderilmesini istiyorum.

(E-posta yöntemini seçmeniz hâlinde size daha hızlı yanıt verebileceğiz.)

- ☐ KEP adresime gönderilmesini istiyorum.
☐ Elden teslim almak istiyorum.

(Vekâleten teslim alınması durumunda noter tasdikli vekâletname veya yetki belgesi olması gerekmektedir.)

- ☐ Yetkili kişinin e-posta adresine gönderilmesini istiyorum.
☐ Yetkili kişi tarafından elden alınmasını istiyorum.

İşbu Başvuru Formu, Grup Florence Nightingale Hastaneleri ile olan ilişkinizi tespit ederek varsa Grup Florence Nightingale Hastaneleri tarafından işlenen kişisel verilerinizi eksiksiz olarak belirleyerek, ilgili başvurunuza doğru ve kanuni süresinde 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 Grup Florence Nightingale Hastaneleri ek evrak ve malumat (Nüfus cüzdanı veya sürücü belgesi sureti vb.) talep etme hakkını saklı tutar.

Form kapsamında iletmekte olduğunuz taleplerinize ilişkin bilgilerin doğru ve güncel olmaması ya da yetkisiz bir başvuru yapılması halinde Grup Florence Nightingale Hastaneleri, söz konusu yanlış bilgi ya da yetkisiz başvuru kaynaklı taleplerden dolayı sorumluluk kabul etmemektedir. Grup Florence Nightingale Hastaneleri, başvurunun araştırılması veya cevaplanması için olağandan fazla çaba gerekmesi durumunda başvuru karşılığında mevzuat gereği makul bir ücret talep etme hakkını saklı tutmaktadır.

Başvuru Sahibi (Kişisel Veri Sahibi)

Adı Soyadı : ☐ **Kimlik Doğrulama**

Doğum Tarihi :

Başvuru Tarihi :

Mail Adresi :

İmza :

Başvuruyu Veri Sahibi Adına Yapacak Yetkili Kişi

Adı Soyadı :

☐ **Kimlik Doğrulama**

Doğum Tarihi :

Başvuru Tarihi :

Mail Adresi :

İmza :

Kurum tarafından doldurulacaktır. (Elden teslim alındığında doldurulacaktır)

Teslim Alma Tarihi : / /

Teslim Alan Ad/Soyad :

Teslim Alan Unvanı :

İmza :