

İSTANBUL MEDİKAL VE SAĞLIK ÜRÜNLERİ TİCARET ANONİM ŞİRKETİ

KVKK BAŞVURU ve BİLGİ TALEP FORMU

GENEL AÇIKLAMALAR

6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nda ("KVKK Kanunu") ilgili kişi olarak tanımlanan kişisel veri sahiplerine (Bundan böyle "**Başvuru Sahibi**") KVKK'nun 11. maddesinde sayılan, kişisel verilerinin işlenmesine ilişkin belirli taleplerde bulunma hakkı tanınmıştır.

KVKK'nun 13/I. maddesi uyarınca veri sorumlusu olan **İSTANBUL MEDİKAL VE SAĞLIK ÜRÜNLERİ TİCARET ANONİM ŞİRKETİ** ne bu haklara ilişkin olarak yapılacak başvuruların, yazılı olarak veya Kişisel Verilerin Korunması Kurulu ("Kurul") tarafından belirlenen diğer yöntemlerle yapılması gerekmektedir. Hakkınızda tuttuğumuz kişisel verilerin doğru ve güncel olması önemlidir. Bu nedenle kişisel verilerinizde bir değişiklik meydana geldiğinde lütfen bize bildiriniz. KVKK ve ilgili mevzuat uyarınca kendinizle ilgili; *kişisel veri işlenip işlenmediğini öğrenebilir, topladığımız bilgilere ilişkin ayrıntıları talep edebilir, bu bilgilerin ne amaçla toplandığını ve ne şekilde kullanıldığını, yurt içinde veya yurt dışında kişisel verilerin aktarıldığı üçüncü kişileri öğrenebilir veya eksik veya yanlış işlenmiş olması hâlinde bunların düzeltilmesini, güncellenmesini veya bunların işlenmesini gerektiren sebepler ortadan kalktıysa silinmesini, aktarım yapılan üçüncü kişilere yapılacak bildirimleri de kapsayacak şekilde, isteyebilirsiniz.* Bu çerçevede "yazılı" olarak Şirketimize yapılacak başvurular, işbu formun çıktısı alınıp, gerekli bilgiler doldurularak ve belgeler eklenerek ve form ıslak imza ile tarafınızca imzalanarak ve zarfın üzerine veya konu kısmına "**Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Bilgi Talebi**" yazılarak;

- Başvuru sahibinin şahsen başvurusu ile,
- Noter kanalıyla veya iadeli taahhütlü posta vasıtasıyla,
- Şirketimizin "**Yassıören Mah. Ağaçkakan Sok. No:7/1 Arnavutköy İSTANBUL**" adresi ile,
- Şirketimize ait kayıtlı elektronik posta (KEP) adresi ile gönderilmek suretiyle tarafımıza iletilebilecektir.

İletişim Bilgilerimiz:

Adres : Yassıören Mah. Ağaçkakan Sok. No:7/1 Arnavutköy İSTANBUL

Telefon: 0212 621 27 10

E-Posta: info@istanbul-medikal.com

BAŞVURU SAHİBİNE İLİŞKİN BİLGİLER

Lütfen başvurunuz ile ilgili aşağıdaki bilgileri eksiksiz doldurunuz:

Ad Soyad :

T.C.Kimlik Numarası :

Adres :

Cep Telefonu :

E-Posta Adresi :

Şirketimizle Olan İlişkiniz :

BAŞVURU SAHİBİNİN TALEPLERİ

Kişisel veri sahipleri olarak sizlerin, KVKK m. 11’de sayılan haklarınıza ilişkin taleplerinizi aşağıda açıklanan yöntemlerle Şirketimize iletmesi durumunda Şirketimiz niteliğine göre, talebinizi en geç otuz gün içinde ücretsiz olarak sonuçlandıracaktır. Ancak, Kişisel Verileri Koruma Kurulunca talebin yerine getirilmesi için herhangi bir ücret veya masrafın öngörülmesi halinde, Şirketimiz tarafından, yetkili kurul veya mercilerce belirlenen tarifedeki ücret esas alınacak ve talep sahibinden istenecektir. Ayrıca yürürlükte olan mevzuat uyarınca kişisel verilere ilişkin başvurular veri sahibinin bizzat kendisi tarafından yapılmak zorunda olduğundan başvurularınızın sadece sizlerle ilgili kısmı cevaplanacak olup, eşiniz, yakınınız ya da arkadaşınız hakkında yapılan bir başvuru dikkate alınmayacak ve kabul edilmeyecektir. Bu kapsamda ve Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında sınırları çizilen talebinizi detaylı olarak aşağıda belirtmenizi rica ederiz:

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

BAŞVURU SAHİBİNİN BEYANI

Yukarıda belirttiğim talepler doğrultusunda, Şirketinize yapmış olduğum başvurumun değerlendirilerek tarafıma bilgi verilmesini rica ederim. Bu başvuruda tarafınıza sağlamış olduğum belge ve bilgilerimin doğru ve güncel olduğunu, şahsıma ait olduğunu beyan ve taahhüt ederim.

Başvuru formunda sağlamış olduğum bilgi ve belgelerin yapmış olduğum başvurunun değerlendirilmesi, cevaplandırılması, başvurumun tarafıma ulaştırılması, kimliğimin ve adresimin tespiti amaçlarıyla sınırlı olarak **İSTANBUL MEDİKAL VE SAĞLIK ÜRÜNLERİ TİCARET ANONİM ŞİRKETİ** tarafından işlenmesine izin veriyorum. İşbu başvuruma yönelik olarak Şirketinizce verilecek cevabın:

- Başvuru formunda belirtmiş olduğum adresime gönderilmesini talep ederim.
- Başvuru Formunun belirtmiş olduğum e-posta adresime gönderilmesini talep ederim (*E-posta yöntemini seçmeniz halinde size daha hızlı yanıt verebileceğiz.*).
- Elden teslim almak istiyorum (*Vekaleten teslim alınması durumunda noter tasdikli vekaletname veya noter tasdikli yetki belgesi olması gerekmektedir. Kişinin eşi, babası gibi yakınlarına kesinlikle bilgi verilememektedir.*).

Başvuruda Bulunan (Kişisel Veri Sahibi) İlgili Kişinin:

- Adı Soyadı :
- Başvuru Tarihi :
- Islak İmzası :

ÖNEMLİ NOT : Başvurular, kişinin bizzat şahsına ait olmalıdır. Eş, yakın, çocuk vs. adına başvuru yapılamaz. **İSTANBUL MEDİKAL VE SAĞLIK ÜRÜNLERİ TİCARET ANONİM ŞİRKETİ**, başvuru sahibinin kimliğinden şüphelenirse buna ilişkin doğrulama bilgilerini kişiden talep edebilir. Form kapsamında iletmekte olduğunuz taleplerinize ilişkin bilgilerin doğru ve güncel olmaması ya da yetkisiz bir başvuru yapılması halinde **İSTANBUL MEDİKAL VE SAĞLIK ÜRÜNLERİ TİCARET ANONİM ŞİRKETİ**, söz konusu yanlış bilgi ya da yetkisiz başvuru kaynaklı taleplerden dolayı sorumluluk kabul etmez.