

**DR. YALÇIN GÜRSOY**  
**İLGİLİ KİŞİ (KİŞİSEL VERİ SAHİBİ) BAŞVURU FORMU**

**1. GENEL AÇIKLAMA**

İşbu Kişisel Veri Sahibi Başvuru Formu ("Form") veri sahiplerinin 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanununda ("Kanun") belirtilen haklarını kullanmak için yapacakları başvurularda kullanılması amacıyla oluşturulmuştur. Bu kapsamda, kendinizle ilgili;

- a) Kişisel veri işlenip işlenmediğini öğrenme,
- b) Kişisel verileri işlenmişse buna ilişkin bilgi talep etme,
- c) Kişisel verilerin işleme amacını ve bunların amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenme,
- d) Yurt içinde veya yurt dışında kişisel verilerin aktarıldığı üçüncü kişileri bilme,
- e) Kişisel verilerin eksik veya yanlış işlenmiş olması hâlinde bunların düzeltilmesini isteme,
- f) Kişisel verilerin işlenmesini gerektiren sebeplerin ortadan kalkması halinde kişisel verilerinin silinmesini veya yok edilmesini isteme,
- g) (e) ve (f) bentleri uyarınca yapılan işlemlerin, kişisel verilerinizin aktarıldığı üçüncü kişilere bildirilmesini isteme,

haklarına sahiptir. Bu doğrultuda tarafınıza tanınan hakların, Kanuna uygun olarak kullanılabilmesi amacıyla, işbu Formunu doldurarak aşağıda yer alan başvuru yöntemlerinden birini tercih etmek kaydıyla tarafımıza başvuruda bulunabilirsiniz. Yapmış olduğunuz başvuruyu mümkün olan en kısa sürede ve talebin niteliğine göre talebinizin bizlere ulaştığı tarihten itibaren en geç 30 gün içerisinde yazılı veya elektronik ortamda yanıtladığımız. Tarafımıza sunduğunuz bilgi ve belgelerin eksik olması ve yahut anlaşılabilir olması halinde başvurunuzu netleştirmek amacıyla sizinle iletişime geçilecektir.

**2. KİMLİK VE İLETİŞİM BİLGİLERİNİZ**

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	:	
E-posta Adresi	:	
Muayenehanemizle 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"/>

(\*Doldurulması zorunlu alanlar.

### 3. BAŞVURUNUZUN KONUSU

Kişisel verilerinize ilişkin talebinizi aşağıda açıkça yazmanız ve konuya ilişkin bilgi ve belgelerin başvuruya eklenmesi gerekmektedir.

### 4. BAŞVURU YÖNTEMLERİ

Başvuru formunuzu kimliğinizi tespit edici belgeler ile ıslak imzalı olma koşulu ile aşağıda belirtilen adresimize posta yoluyla veya noter kanalıyla gönderebilirsiniz.

***Caddebostan Mahallesi, Bağdat Caddesi Kantarcı Rıza Sokak, Ferid Bey Apartmanı, No:4 Da:2 Daire:2 Kadıköy/İstanbul***

Ayrıca [info@yalcingursoy.com](mailto:info@yalcingursoy.com) adresine e-posta yoluyla da başvurunuzu iletebilirsiniz. Başvuru Formunun gönderilmesi sırasında zarf üzerine veya gönderilecek e-postanın konu kısmına "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Bilgi Talebi" yazılması gerekmektedir.

### 5. BAŞVURUCU BEYANI

Yukarıda belirttiğim talepler doğrultusunda, Muayenehanenize 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, 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.

**Adı, Soyad** :  
**Başvuru Tarihi** :  
**İmza** :