

I. Başvuru Sahibi Bilgileri	T.C. Kimlik No	
	Ad Soyad	
	Doğum Tarihi	
	Telefon No	
	Adres	
	<input type="checkbox"/> Veri sahibiyim. (Kendi verilerimi talep ediyorum.)	
	<input type="checkbox"/> Veri sahibi yakınım. (Yakınımın ilişkin verileri talep ediyorum.) Yakınlık derecesi* belirtiniz: *Yasal temsilci iseniz ilgili kararı ek olarak iletiniz. <i>Not: Kişisel verilerinizin güvenliğini sağlamak amacı ile kimlik tespiti için ek evrak (kimlik kartı vb.) talep edilebilir.</i>	
II. Kurumla İlişki Bilgisi	Lütfen aşağıdaki seçeneklerden kurumumuzla olan ilginize uygun olanı işaretleyiniz.	
	<input type="checkbox"/> Hasta/Hasta yakını <input type="checkbox"/> Çalışan/Eski çalışan/Aday <input type="checkbox"/> Tedarikçi/Firma çalışanı	
	Hastalarımız için En son hizmet alınan birim: Son başvuru tarihi:	Çalışanlarımız için Durum; <input type="checkbox"/> Mevcut Çalışan <input type="checkbox"/> Eski çalışan <input type="checkbox"/> Aday Çalışma dönemi (yıl): Adaylar için başvuru yılı:
III. 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; çalışıyor iseniz departmanınızı, iletişimde bulunduğunuz kişileri uygun olduğu ölçüde açıklayınız.)</i>	
	<i>Lütfen talebinize vereceğimiz yanıt için gönderim yöntemini seçiniz.</i> <input type="checkbox"/> 1. Bölümde belirttiğim adresime gönderim istiyorum <input type="checkbox"/> E-posta adresime gönderim istiyorum. (belirtiniz) ----- <input type="checkbox"/> Bizzat elden teslim almak istiyorum.	

Talep eden tarafından doldurulacak. Talep tarihi Talep eden Ad/Soyad - İmza	Kurum tarafından doldurulacak. Teslim alma tarihi: Teslim alan Ad/Soyad - İmza
--	---

--	--

Açıklama: Kişisel verileriniz ile ilgili taleplerinizi bu formu doldurarak, veri sorumlusu sıfatı ile işlendiği ölçüde KVKK'nun 11. maddesi gereği Özel Sezar Hospital'a ait info@sezarhospital.com.tr e-mail adresine size ait güvenli elektronik imza ile imzalanmış bir e-posta ile mail atabilir veya ıslak imza taşıyan bir dilekçe ile Özel Sezar Hospital Toros Mah. Kasım Ener Bulvarı No:25 ÇUKUROVA ADANA adresine iletebilirsiniz. Bu formda belirttiğiniz bilgi ve belgeler kurumumuz ile ilişkinizi doğru bir şekilde tespit etmek ve size kanuni süre içerisinde eksiksiz yanıt verebilmek için talep edilmektedir.