



## Derma Life İzmir Veri Sahibi Başvuru Formu

DERMALİFE SAĞLIK HİZMETLERİ SANAYİ VE TİCARET LİMİTED ŞİRKETİ (DERMALİFE) olarak tarafınıza yönlendirdiğimiz bu form, 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun ("KVKK") 11. maddesi ile kişisel veri sahiplerine tanınan başvuru hakkınızı işbu online formu doldurarak kullanabilirsiniz.

### A. BAŞVURU SAHİBİ İLETİŞİM BİLGİLERİ:

<b>Ad:</b>	
<b>Soyad:</b>	
<b>T.C. Kimlik Numarası:</b>	
<b>Telefon Numarası:</b>	
<b>E-posta:</b> <i>(Başvuru sonucunuzu e-posta ile almak istemeniz halinde doldurunuz)</i>	
<b>Adres:</b>	

### B. KİŞİSEL VERİ SAHİBİNİN KULLANACAĞI HAKKIN SEÇİMİNE İLİŞKİN BİLGİLER

<b>Tercih</b> <i>(lütfen talebinizi işaretleyiniz)</i>	<b>Konu</b>

)	
<input type="checkbox"/>	Şirketiniz nezdinde kişisel verilerim işleniyor mu?
<input type="checkbox"/>	Şirketiniz nezdinde kişisel verilerim işleniyorsa, işleme faaliyeti hakkında bilgi talep ediyorum.
<input type="checkbox"/>	Şirketiniz nezdinde kişisel verilerim işleniyorsa, kişisel veri işleme faaliyetinin amacı ve faaliyetin işleme amacına uygun yürütülüp yürütülmediği konusunda bilgi talep ediyorum.
<input type="checkbox"/>	Kişisel verilerim yurtiçinde veya yurtdışında üçüncü kişilere aktarılıyor mu? Kişisel verilerim aktarılıyorsa, üçüncü kişiler hakkında bilgi talep ediyorum.
<input type="checkbox"/>	Kişisel verilerimin Şirketiniz nezdinde eksik veya yanlış işlendiğini düşünüyorum ve düzeltilmesini talep ediyorum. <b>(Talep halinde aşağıda yer alan bilgi ve belgeler "Doküman Ekle" bölümüne yüklenerek tarafımıza iletilmelidir: (i)Eksik veya yanlış olduğunu düşündüğünüz, düzeltilmesini istediğiniz kişisel verinizin içeriği, (ii)Kişisel verilerinizin doğru ve tamamlayıcı bilgilerini gösteren belgeler. )</b>
	Kişisel verilerimin işlenme sebeplerinin ortadan kalktığını düşünüyorum bu nedenle kişisel verilerimin,  <input type="checkbox"/> Silinmesini  <b>veya</b>  <input type="checkbox"/> Anonim hale getirilmesini  talep ediyorum.

	<p>(Talep halinde kişisel verilerinizin işleme sebeplerinin neden mevcut olmadığını düşündüğünüze ilişkin açıklayıcı bilgi/belge “<i>Doküman Ekle</i>” bölümüne yüklenerek Şirketimize iletilmelidir.</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Kişisel verilerim Şirketiniz nezdinde eksik veya yanlış işleniyorsa kişisel verilerimin aktarıldığı üçüncü kişilere bu durumun bildirilmesini talep ediyorum. (Talep halinde aşağıda yer alan bilgi ve belgeler “<i>Doküman Ekle</i>” bölümüne yüklenerek Şirketimize iletilmelidir: (i)Eksik veya yanlış olduğunu düşündüğünüz, düzeltilmesini istediğiniz kişisel verinizin içeriği,(ii)Kişisel verilerinizin doğru ve tamamlayıcı bilgilerini gösteren belgeler. )</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Kişisel verilerimin işlenmesini gerektiren sebepler ortadan kalktıysa bu durumun kişisel verilerimin aktarıldığı üçüncü kişilere bildirilmesini talep ediyorum. (Talep halinde kişisel verilerinizin işleme sebeplerinin neden mevcut olmadığını düşündüğünüze ilişkin açıklayıcı bilgi/belge “<i>Doküman Ekle</i>” bölümüne yüklenerek Şirketimize iletilmelidir.)</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Şirketiniz nezdinde işlenen kişisel verilerimin münhasıran otomatik sistemler vasıtasıyla analiz edilmesi neticesinde aleyhime doğan sonuca itiraz ediyorum. (Talep halinde aleyhinize çıkan sonucu açıklayan bilgi/belge “<i>Doküman Ekle</i>” bölümüne yüklenerek Şirketimize iletilmelidir.)</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Kişisel verilerimin kanuna aykırı işlenmesi nedeniyle uğradığım zararın giderilmesini talep ediyorum. (Talep halinde uğradığınız zararı açıklayan bilgi/belge “<i>Doküman Ekle</i>” bölümüne yüklenerek Şirketimize iletilmelidir.)</p>

**C. LÜTFEN KİŞİSEL VERİLERİNİZLE İLGİLİ TALEBİNİZİ DETAYLI OLARAK BELİRTİNİZ: (Lütfen Yukarıda Belirtilen Bilgi/Belgeleri Ayrıca “Doküman Ekle” bölümüne yüklenerek iletiniz)**

**AÇIKLAMA:** .....

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

**D. BAŞVURU SONUCU BİLGİLENDİRME YÖNTEMİ (Lütfen yanıtın tarafınıza iletilme yöntemini seçiniz):**

- Adresime gönderilmesini istiyorum.
- E-posta adresime gönderilmesini istiyorum.
- Elden teslim almak istiyorum.

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

**E. TÜM BAŞVURU SAHİPLERİNİN BU KISMI DOLDURMASI GEREKMEKTEDİR:**

[Hukuka aykırı beyanlar hakkında hukuki ve cezai yaptırımların söz konusu olduğunu önemle bildiririz.]

İşbu başvuru formunda tarafımca belirtilen tüm bilgilerin doğru olduğunu beyan eder; Derma Life İzmir Polikliniği'nin , hukuka aykırı ve haksız bir şekilde veri paylaşımından kaynaklanabilecek hukuki risklerin bertaraf edilmesi ve özellikle kişisel verilerimin güvenliğinin sağlanması amacıyla kimlik ve

yetki tespiti için ek bilgi ve evrak (nüfus cüzdanı veya sürücü belgesi sureti vb.) talep etme hakkının bulunduğunu kabul ederim.

**Kişisel Veri Sahibinin / Başkası Adına Başvuruda Bulunan Kişinin<sup>1</sup>**

**Adı Soyadı** :

**Başvuru Tarihi** :

**İmza** :

*(Başvuru ekinde yer alacak dokümanlarınızı buraya yazınız)*

**Doküman Ekle** :