

## BAŞVURU FORMU

### A. KİŞİSEL VERİ SAHİBİ İLGİLİ KİŞİ OLARAK 6698 SAYILI KVKK KAPSAMINDA HAKLARINIZ

**6698 sayılı KVKK'nın 11. maddesi kapsamında herkes veri sorumlusu sıfatı ile Action Sağlık Hizmetleri LTD. ŞTİ.'ne aşağıdaki hususlarda başvurma hakkına sahiptir:**

1. Kişisel veri işlenip işlenmediğini öğrenme,
2. Kişisel verileri işlenmişse buna ilişkin bilgi talep etme,
3. Kişisel verilerin işlenme amacını ve bunların amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenme,
4. Yurt içinde veya yurt dışında kişisel verilerin aktarıldığı üçüncü kişileri bilme,
5. Kişisel verilerin eksik veya yanlış işlenmiş olması hâlinde bunların düzeltilmesini isteme,
6. 6698 sayılı KVKK'nın 7. maddesi uyarınca, bu Kanun ve ilgili diğer kanun hükümlerine uygun olarak işlenmiş olmasına rağmen, işlenmesini gerektiren sebeplerin ortadan kalkması hâlinde kişisel veriler resen veya ilgili kişinin talebi üzerine öngörülen şartlar çerçevesinde kişisel verilerin silinmesini veya yok edilmesini isteme,
7. 5. ve 6. maddeler kapsamında bentleri uyarınca yapılan işlemlerin, kişisel verilerin aktarıldığı üçüncü kişilere bildirilmesini isteme,
8. İşlenen verilerin münhasıran otomatik sistemler vasıtasıyla analiz edilmesi suretiyle kişinin kendisi aleyhine bir sonucun ortaya çıkmasına itiraz etme,
9. Kişisel verilerin kanuna aykırı olarak işlenmesi sebebiyle zarara uğraması hâlinde zararın giderilmesini talep etme.

### B. İLGİLİ KİŞİNİN BAŞVURU USUL VE ESASLARI

KVKK'nın 13. maddesinin 1. fıkrası uyarınca ve 10.3.2018 tarih ve 30356 sayılı Resmi Gazetede Yayınlanan Veri Sorumlusuna Başvuru Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ kapsamında; veri sorumlusu olan Şirketimize bu haklara ilişkin olarak yapılacak başvuruların yazılı olarak veya Kişisel Verilerin Korunması Kurulu ("Kurul") tarafından belirlenen diğer yöntemlerle tarafımıza iletilmesi gerekmektedir.

Kişisel veri sahibi "İlgili Kişi", A bendinde yer verilen haklarını ve taleplerini Action Sağlık Hizmetleri LTD. ŞTİ.'ne bildirebilecektir. Bu kapsamda ilgili kişi 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu madde 11 uyarınca sahip olduğu diğer tüm haklarını kullanmak amacıyla;

- Başvuru sahibinin şahsen başvurusu ile,
- İmza beyannamesi eklenerek posta yoluyla,
- Noter vasıtasıyla,
- Başvuru sahibinin adına tanımlı güvenli elektronik imza ile imzalanarak aşağıda belirtilen KEP adresine göndererek,
- İlgili kişi tarafından veri sorumlusuna daha önce bildirilen ve veri sorumlusunun sisteminde kayıtlı olan e-posta adresinden göndererek,

kimliğini ve ilgisini ispatlayarak aşağıdaki formu doldurmak suretiyle başvurabilir.

Başvuru talebin niteliğine göre en kısa sürede ve en geç otuz gün içinde ücretsiz olarak sonuçlandırılacaktır. Ancak, işlemin ayrıca bir maliyeti gerektirmesi hâlinde, Kurulca belirlenen tarifedeki ücret alınabilir.

**ÖNEMLİ NOT:** Başvurular, kişinin kendisi tarafından yapılmalıdır. Bir başkası adına başvuru ancak KVKK kapsamında bilgi talep etme içeriğini haiz olması koşulu ile vekaletname ibraz edilmek suretiyle yapılabilir. Action Sağlık Hizmetleri LTD. ŞTİ. , başvuru sahibinin kimliğinden şüphelenirse buna ilişkin doğrulama bilgilerini ilgili kişiden talep edebilir.

## İLETİŞİM BİLGİLERİ

**Action Sağlık Hizmetleri LTD. ŞTİ.**

İletişim linki ve e-posta adresi: [www.ptr-tr.com](http://www.ptr-tr.com) [info@ptr-tr.com](mailto:info@ptr-tr.com)

**Adres:** Cemil Topuzlu Cd. No. 44/1 34728 Çiftelavuzlar / İstanbul

Ad, Soyad		
T.C. Kimlik No veya Yabancılar için Pasaport No		
Tebliğat Adresi		
Telefon Numarası ve E-Posta Adresi		
Başvuru Tarihi		
Action Sağlık Hizmetleri LTD. ŞTİ. ile olan ilişkiniz	<input type="checkbox"/> Çalışan	<input type="checkbox"/> Müşteri
	<input type="checkbox"/> Çalışan Adayı İş Başvuru Tarihiniz:	<input type="checkbox"/> İş Ortağı
	<input type="checkbox"/> Eski Çalışan Çalıştığınız Yıllar:	<input type="checkbox"/> Diğer:
Şirketimizde İletişimde Olduğunuz Birim		

<p>Talep Konusu</p> <p><i>(Konuya ilişkin bilgi ve belgelerin başvuruya eklenmesi zorunludur. Detaylı olarak aktarınız.)</i></p>		
<p>Başvurunun Yanıtlanmasında Kullanılmasını İstedığınız Yöntem</p>	<input type="checkbox"/> Adresime gönderilmesini istiyorum.	
	<input type="checkbox"/> E-posta yoluyla iletişime geçilmesini istiyorum.	
	<input type="checkbox"/> Elden teslim almak istiyorum.	

Bu başvuruda tarafınıza sağlamış olduğum belge ve bilgilerimin doğru ve güncel olduğu, 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 Action Sağlık Hizmetleri LTD. ŞTİ. tarafından işlenmesine izin veriyorum.

İmza: