

KON-MED	VERİ SAHİBİ BAŞVURU FORMU	Doküman No:	FK.25.01
		Geçerlilik Tarihi :	01.10.2020
		Revizyon Tarihi:	-

1.GENEL

Siz veri sahipleri tarafından 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun ("KVKK") 11. ve 13'üncü maddeleri uyarınca yapılacak başvuruları ivedilikle, etkin ve kapsamlı bir şekilde değerlendirebilmek ve çözümlenebilmek adına, işbu Başvuru Formu, veri sorumlusu sıfatıyla **KON-MED Sağlık İnş. Turizm ve Eğitim Ltd. Şti.** ("KON-MED" ya da "Şirket") tarafından hazırlanmıştır.

2. BAŞVURU YOLU

Siz veri sahipleri, KVKK 'nın 11. ve 13. maddeleri uyarınca; veri sorumlusu sıfatı taşıyan Şirket'imize, KVKK 'nın uygulanmasıyla ilgili taleplerinizi yazılı olarak işbu formun doldurulması suretiyle veya Kurulun belirleyeceği diğer yöntemlerle:

<input type="checkbox"/>	İşbu veri sahibi başvuru formunun imzalı bir kopyası ile 3. Organize Sanayi Bölgesi 83326 Nolu Cad. No:20 Şehitkamil GAZİANTEP adresine şahsen başvurarak ,
<input type="checkbox"/>	İşbu veri sahibi başvuru formunu doldurulması akabinde güvenli elektronik imzalı/mobil imzalı olarak info@konmed.com.tr e-posta adresine,
<input type="checkbox"/>	İşbu veri sahibi başvuru formunun imzalı bir kopyasını info@konmed.com.tr e-posta adresine ilgili kişi tarafından veri sorumlusuna daha önce bildirilen ve veri sorumlusunun sisteminde kayıtlı bulunan elektronik posta adresini kullanmak suretiyle

iletebilirsiniz.

3. VERİ SAHİBİNE İLİŞKİN BİLGİLER

KVKK' nın ilgili maddesi uyarınca yapacağınız başvurunuzla ilgili olarak, sizleri tanıyabilmemiz ve KON-MED tarafından gerekli araştırma, değerlendirme ve çözümlenmeleri yapabilmemiz amacıyla aşağıdaki bilgileri eksiksiz şekilde doldurmanızı rica ederiz:

Başvurucunun Bilgileri

Ad ve Soyad*

T.C. Kimlik Numarası*

Adres*

Telefon Numarası*

E-posta Adresi*

*Doldurulması zorunlu alanlar.

Yukarıda tarafımıza sunmuş olduğunuz kişisel verileriniz, işbu formun değerlendirilebilmesi, sonuçlandırılabilmesi ve sizinle iletişime geçilebilmesi amacıyla alınmakta ve başka amaçlarla veri işlemeye konu olmamaktadır.

KON-MED ile olan ilişkinize dair uygun olan seçeneği işaretleyerek, mevcut ilişkinin hâlen devam edip etmediğini aşağıdaki boşlukta belirtiniz.

Veri Konusu Kişi Grubu	Açıklama (Varsa Yazınız)
Çalışan	<input type="checkbox"/> İş Ortağı <input type="checkbox"/>
Çalışan Adayı	<input type="checkbox"/> Stajyer <input type="checkbox"/>
Eski Çalışan	<input type="checkbox"/> Müşteri <input type="checkbox"/>
Ziyaretçi	<input type="checkbox"/> Tedarikçi <input type="checkbox"/>
Toplantı Katılımcısı	<input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>

KON-MED	VERİ SAHİBİ BAŞVURU FORMU	Doküman No:	FK.25.01
		Geçerlilik Tarihi :	01.10.2020
		Revizyon Tarihi:	-

4. VERİ SAHİBİNİN TALEPLERİ

Veri sahibi olarak, KVKK'nın 11. ve 13. maddeleri kapsamında bilgi sahibi olmak istediğiniz durum/durumlar için lütfen aşağıda yer verilen listedeki ilgili kutucuğu işaretleyiniz.

Başvurucunun Talepleri	Gereken Bilgi/Belge
<input type="checkbox"/> 1. Kişisel verilerimin KON-MED tarafından işlenip işlenmediğini öğrenmek istiyorum	Özel bir veri türüne dair bilgi almak istiyorsanız lütfen belirtiniz. _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> 2. KON-MED tarafından kişisel verilerimin hangi amaçla işlendiğini öğrenmek istiyorum.	Özel bir veri türüne dair bilgi almak istiyorsanız lütfen belirtiniz. _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> 3. KON-MED tarafından kişisel verilerimin amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenmek istiyorum.	Özel bir veri türüne dair bilgi almak istiyorsanız lütfen belirtiniz. _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> 4. Eğer kişisel verilerim yurtiçinde veya yurtdışında üçüncü kişilere aktarılıyorsa, aktarılan üçüncü kişileri bilmek istiyorum.	Özel bir veri türüne dair bilgi almak istiyorsanız lütfen belirtiniz. _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> 5. Kişisel verilerimin eksik veya yanlış işlendiği düşünüyorum ve bunların düzeltilmesini istiyorum.	Eksik ve yanlış işlendiğini düşündüğünüz bilgileri ve bu bilgilerin doğrusunun nasıl olması gerektiğini lütfen belirtiniz. _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> 6. Eksik/yanlış işlendiğini düşündüğüm kişisel verilerimin aktarıldığı üçüncü kişiler nezdinde de düzeltilmesini istiyorum.	Eksik ve yanlış işlendiğini düşündüğünüz bilgileri ve bu bilgilerin doğrusunun nasıl olması gerektiğini lütfen belirtiniz. _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> 7. Kişisel verilerimin işlenmelerini gerektiren sebeplerin ortadan kalkması nedeniyle silinmesini/yok edilmesini istiyorum.	Bu talebinize konu verilerin hangi veriler olduğunu ve aleyhinize olduğunu düşündüğünüz sonucun ne olduğunu belirtiniz, bu hususlara ilişkin tevsik edici bilgi ve belgelere lütfen Form ekinde yer veriniz. _____ _____ _____

KON-MED	VERİ SAHİBİ BAŞVURU FORMU	Doküman No:	FK.25.01
		Geçerlilik Tarihi :	01.10.2020
		Revizyon Tarihi:	-

8. Kişisel verilerimin işlenmelerini gerektiren sebeplerin ortadan kalkması nedeniyle aktarıldıkları üçüncü kişiler nezdinde de silinmesini/yok edilmesini istiyorum.

Bu talebiniz, kişisel bilgilerinizin yalnızca bir kısmına ilişkin ise bunların hangi veriler olduğunu ve bu talebinizin gerekçesini tevsik edici bilgi ve belgelerle birlikte belirtiniz, bu hususlara ilişkin tevsik edici bilgi ve belgelere lütfen Form ekinde yer veriniz.

9. KON-MED tarafından işlenen kişisel verilerimin münhasıran otomatik sistemler vasıtasıyla analiz edildiğini ve bu analiz neticesinde şahsım aleyhine bir sonuç doğduğunu düşünüyorum. Bu sonuca itiraz ediyorum.

Bu talebinizin gerekçesini ve bilgi alma talebinize ilişkin durumun sonucunu belirtiniz, bu hususlara ilişkin tevsik edici bilgi ve belgelere lütfen Form ekinde yer veriniz.

10. Kişisel verilerimin kanuna aykırı işlenmesi nedeniyle uğradığım zararın tazminini talep ediyorum.

Bu talebinizin gerekçesini ve uğradığınızı düşündüğünüz zararı aşağıdaki boşlukta belirtiniz; bu hususlara ilişkin tevsik edici bilgi ve belgelere (Kişisel Verilerin Korunması Kurulu veya mahkeme kararları) lütfen Form ekinde yer veriniz.

Lütfen buraya yukardaki opsiyonlarda sunulmamış ancak talebiniz olan konuyu kısaca açıklayıp belirtiniz.

11.Diğer

Veri sahibi adına 3. kişiler tarafından yapılacak olan başvurularda, işbu form ile birlikte Noter tarafından onaylanmış vekâletnamenin, velayet/vesayet altında bulunan çocuklar adına yapılacak başvurularda ise işbu form ile birlikte velayet/vesayet ilişkisini tevsik edici belgelerin bir suretinin tarafımıza gönderilmesi gerekmektedir.

Kişisel verilerinizin güvenliğini sağlamak amacıyla, bilgi edinme başvurunuzun KON-MED'E ulaştığı tarihten itibaren **yedi (7) gün** içinde, KON-MED, veri sahibi olduğunuzu teyit etmek amacıyla sizinle iletişime geçebilecektir, bu hususta sizlerden bazı bilgi ve belgeler talep edebilecektir. Bu kapsamda tarafımıza sağlamış olduğunuz bilgi ve belgeler, veri sahibi olduğunuzun teyit edilmesini müteakip derhal imha edilecektir.

Talep edilen bilgi ve belgelerin eksik olması durumunda, talebimiz üzerine bilgi ve belgelerin tamamlanarak tarafımıza iletilmesi gerekmektedir. Bilgi ve belgeler tarafımıza tam olarak iletilene kadar talebin sonuçlandırılmasına ilişkin KVKK madde 13/2'de belirtilen **otuz (30) günlük** süre askıya alınacaktır.

KON-MED	VERİ SAHİBİ BAŞVURU FORMU	Doküman No:	FK.25.01
		Geçerlilik Tarihi :	01.10.2020
		Revizyon Tarihi:	-

5. VERİ SAHİBİNİN TALEBİNİN SONUÇLANDIRILMASI

Niteliğine göre talebiniz, KVKK uyarınca bizlere ulaştığı tarihten itibaren, en kısa sürede ve **en geç otuz (30) gün** içinde cevaplandırılacaktır. Cevaplarımız ve değerlendirmelerimiz, işbu başvuru formundaki seçiminize göre KVKK'nın 13. maddesi uyarınca, yazılı veya elektronik ortam vasıtasıyla tarafınıza iletilecektir. Başvuru sonucunun posta, elektronik posta veya faks yöntemlerinden biriyle iletilmesine ilişkin bir tercihiniz varsa, lütfen aşağıda belirtiniz:

Başvuruma ilişkin sonucun e-posta adresime gönderilmesini istiyorum.	<input type="checkbox"/>
Başvuruma ilişkin sonucun posta aracılığı ile gönderilmesini istiyorum.	<input type="checkbox"/>
Başvuruma ilişkin sonucun kayıtlı elektronik posta (KEP) adresime ile gönderilmesini istiyorum.	<input type="checkbox"/>

Talepleriniz KON-MED tarafından ücretsiz sonuçlandırılacak olup, cevaplama sürecinin ayrıca bir maliyet doğurması halinde, ilgili mevzuat çerçevesinde belirlenen tutarlarda ücret talep edilebilecektir.

6. VERİ SAHİBİ BEYANI

KVKK uyarınca yapmış olduğum bilgi edinme başvurusunun, yukarıda belirttiğim talep/talepler çerçevesinde değerlendirilerek sonuçlandırılmasını rica eder, işbu başvuruda tarafınıza sağlamış olduğum bilgi ve belgelerin doğru, güncel ve şahsıma ait olduğunu kabul, beyan ve taahhüt ederim.

Bu başvuru formu, Şirket'imiz tarafından işlenen verilerinizin tespiti ve başvurunuza doğru ve eksiksiz olarak yasal süre içerisinde cevap verilebilmesi için düzenlenmiştir. Şirket'imiz başvurunuz neticesinde değerlendirme yaparken, kimlik doğrulama için bilgi ve belge talep etme hakkını saklı tutmaktadır. Bu başvuru formu kapsamında, başvuru bilgilerin doğru ve güncel olduğunu taahhüt eder. Bilgilerin doğru ve güncel olmaması ya da yetkisiz bir başvuru yapılması durumunda Şirket'imiz yanlış bilgi ve yetkisiz başvurudan kaynaklı taleplerden dolayı sorumluluk kabul etmemektedir.

Ayrıca başvuru sonucu Şirket'in ilave bilgi talep etmesinin gerekli olabileceğini ve yapılan işlemin bir maliyet gerektirir mahiyette olması durumunda, Kişisel Verileri Koruma Kurulu tarafından belirlenen ücreti ödemem gerektiği konusunda aydınlatıldığımı beyan ve taahhüt ederim.

Veri Sahibi	
Adı ve Soyadı	
Başvuru Tarihi	
İmza	

İşbu başvuru formu 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun 11. maddesinde sayılan haklardan doğan talepleriniz için düzenlenmiştir. Bu talepler 6698 sayılı Kanun'un 11. ve 13. maddeleri ile Veri Sorumlusuna Başvuru Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ'in 5. maddesindeki "Başvuru Usulü" kapsamında yürütülmektedir.