



WORLD DENTAL AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI POLİKLİNİK HİZMETLERİ TİCARET LİMİTED ŞİRKETİ

Başvuruda bildirmiş olduğum bilgi ve belgelerin doğru olduğunu, Şirketinizin başvurumu sonuçlandırabilmesi için ek bilgi ve belge talep edebileceğini, ayrıca bir maliyet gerektirmesi halinde Kişisel Verileri Koruma Kurulu tarafından belirlenen ücreti ödemem gerekebileceğini beyan ve taahhüt ederim.

Yukarıda belirttiğim talepler doğrultusunda, başvurumun değerlendirilerek tarafıma bilgi verilmesini rica ederim.

***Kişisel veri sahibi 19 yaşından gün almamış ise ebeveynleri ya da velayet sahibi, vesayet altında ise vasisi, ilgili kişinin bu yönde açıkça vekalet vermiş olduğu kişiler bu durumu belgelemeleri halinde başvuru yapabilir.**

Başvuruda Bulunan İlgili Kişi

Adı Soyadı :

İmza :

Başvuru Yöntemi

BAŞVURU YOLU	BAŞVURU YAPILACAK ADRES	BAŞVURUDA GÖSTERİLECEK BİLGİ
1. Yazılı Olarak Islak imzalı Şahsen başvuru veya Noter Vasiyetiyle Başvuru	SELÇUK MAH. HOCACİHAN TEKKE CAD. 1,2.GİRİŞ BLOK NO: 111A SELÇUKLU/KONYA	Başvurunun konu kısmına “Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Bilgi Talebi” yazılacaktır.

Talep Konusu

1. Şirketinizin hakkımda kişisel veri işleyip işlemediğini öğrenmek istiyorum.
2. Eğer WORLD DENTAL AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI POLİKLİNİK HİZMETLERİ TİCARET LİMİTED ŞİRKETİ hakkımda kişisel veri işliyorsa bu veri işleme faaliyetleri hakkında bilgi talep ediyorum.
3. Eğer WORLD DENTAL AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI POLİKLİNİK HİZMETLERİ TİCARET LİMİTED ŞİRKETİ hakkımda kişisel veri işliyorsa bunların işlenme amacını ve bu amaca uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenmek istiyorum.
4. Eğer kişisel verilerim yurtiçinde veya yurtdışında üçüncü kişilere aktarılıyorsa ,bu üçüncü kişileri bilmek istiyorum.
5. Kişisel verilerimin eksik yada yanlış işlendiğini düşünüyorum ve bunların düzeltilmesini istiyorum.
6. Kişisel verilerimin kanun ve ilgili diğer kanun hükümlerine uygun olarak işlenmiş olmasına rağmen, işlenmesini gerektiren sebeplerin ortadan kalktığını düşünüyorum ve bu çerçevede kişisel verilerimin silinmesini veya yok edilmesini talep ediyorum.
7. Eksik veya yanlış işlendiğini düşündüğüm kişisel verilerimin aktarıldığı üçüncü kişiler nezdinde de düzeltilmesini istiyorum.
8. Kişisel verilerimin kanun ve ilgili diğer kanun hükümlerine uygun olarak işlenmiş olmasına rağmen, işlenmesini gerektiren sebeplerin ortadan kalktığını düşünüyorum ve bu çerçevede kişisel verilerimin üçüncü kişiler nezdinde de silinmesinin veya yok edilmesinin bildirilmesini talep ediyorum.



WORLD DENTAL AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI POLİKLİNİK HİZMETLERİ TİCARET LİMİTED ŞİRKETİ

9. WORLD DENTAL AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI POLİKLİNİK HİZMETLERİ TİCARET LİMİTED ŞİRKETİ tarafından işlenen kişisel verilerimin münhasıran otomatik sistemler vasıtasıyla analiz edildiğini ve bu analiz neticesinde Şahsım aleyhine bir sonuç doğduğunu düşünüyorum. Bu sonuca itiraz ediyorum.

10. Kişisel verilerimin Kanuna aykırı işlenmesi nedeniyle zarara uğradım. Bu zararın tazminini talep ediyorum.

Doldurmuş olduğunuz bu başvuru formu, WORLD DENTAL AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI POLİKLİNİK HİZMETLERİ TİCARET LİMİTED ŞİRKETİ ile olan ilişkinizi tespit ederek, varsa, Şirketimiz tarafından işlenen kişisel verilerinizle ilgili olarak eksiksiz ve isabetli olarak ilgili başvuruza doğru ve kanuni süresi içerisinde cevap verilebilmesi için düzenlenmiştir. Hukuka aykırı ve haksız bir şekilde veri paylaşımından kaynaklanabilecek hukuki risklerin bertaraf edilmesi ve özellikle kişisel verilerinizin güvenliğinin sağlanması amacıyla, kimlik ve yetki tespiti için WORLD DENTAL AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI POLİKLİNİK HİZMETLERİ TİCARET LİMİTED ŞİRKETİ, ek evrak ve malumat (Nüfus cüzdanı veya sürücü belgesi sureti gibi) talep etme hakkını saklı tutar. Form kapsamında iletmekte olduğunuz taleplerinize ilişkin bilgilerin doğru ve güncel olmaması ya da yetkisiz bir başvuru yapılması halinde, söz konusu yanlış bilgi ya da yetkisiz başvuru kaynaklı taleplerden veya belirttiğiniz adreslere cevaplarımızın gönderimi sırasında oluşabilecek aksaklıklardan dolayı Şirketimiz sorumluluk kabul etmemektedir.

WORLD DENTAL AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI POLİKLİNİK HİZMETLERİ TİCARET LİMİTED ŞİRKETİ tarafından doldurulacaktır.

Tarih: / /

Teslim Alanın Adı Soyadı:

İmza: