



# Dentavia

AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI POLİKLİNİĞİ

NEO DENTAL AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI POLİKLİNİĞİ TİCARET  
LİMİTED ŞİRKETİ

KVK BAŞVURU PROSEDÜRÜ VE BİLGİ TALEP FORMU

*İnternet Sayfasına Yüklendir. Veri sahiplerinin kliniğe yapacağı başvurularda bu formu kullanmaları hedeflenir.*

# KVK Başvuru ve Bilgi Talep Formu

---

## GENEL AÇIKLAMALAR

6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nda ("KVK") ilgili kişi olarak tanımlanan kişisel veri sahiplerine (Bundan böyle "Başvuru Sahibi" olarak anılacaktır.) KVK Kanunu'nun 11. maddesinde kişisel verilerinin işlenmesine ilişkin belirli taleplerde bulunma hakkı tanınmıştır.

KVK Kanunu'nun 13/l. maddesi uyarınca 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.

Hakkınızda tuttuğumuz kişisel verilerin doğru ve güncel olması önemlidir. Bu nedenle kişisel verilerinizde bir değişiklik meydana geldiğinde lütfen bize bildiriniz. KVK ve ilgili mevzuat uyarınca kendinizle ilgili;

- Kişisel veri işlenip işlenmediğini öğrenebilir,
- Topladığımız bilgilere ilişkin ayrıntıları talep edebilir,
- Bu bilgilerin ne amaçla toplandığını ve ne şekilde kullanıldığını, yurt içinde veya yurt dışında kişisel verilerin aktarıldığı üçüncü kişileri öğrenebilir veya
- Eksik veya yanlış işlenmiş olması hâlinde bunların düzeltilmesini, güncellenmesini veya bunların işlenmesini gerektiren sebepler ortadan kalktıysa silinmesini aktarım yapılan üçüncü kişilere yapılacak bildirimleri de kapsayacak şekilde isteyebilirsiniz.

Bu çerçevede "yazılı" olarak Şirketimize yapılacak başvurular, işbu formun çıktısı alınarak ve zarfın üzerine veya konuya "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Bilgi Talebi" yazılarak;

- Başvuru sahibinin şahsen başvurusu ile,
- Noter veya iadeli taahhütlü posta vasıtasıyla,
- Şirketimiz adresine kayıtlı elektronik posta (KEP) adresine gönderilmek suretiyle tarafımıza iletilebilecektir.

## VERİ SAHİBİ BAŞVURU FORMU

İşbu Form, 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (“KVK”) kapsamında Veri İlgilisi olarak sahip olduğunuz haklar uyarınca, NEO DENTAL AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI POLİKLİNİĞİ TİCARET LİMİTED ŞİRKETİ (Veri Sorumlusu) nezdinde kişisel verilerinize ilişkin yapacağınız başvuru konusu talebinizin yerine getirilebilmesi için hazırlanmıştır. Lütfen Formda doldurmanız için ayrılan bölümleri açık ve eksiksiz bir şekilde doldurduktan sonra, ıslak imzalı olarak,

NEO DENTAL AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI POLİKLİNİĞİ TİCARET LİMİTED ŞİRKETİ  
Atakent Mah, Dentavia Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği, Caher Dudayev Bulvarı 144A, Karşıyaka/İzmir  
Web: [www.dentaviaizmir.com](http://www.dentaviaizmir.com)  
Tel: 0232 335 00 75

yazışma adresine, ya da [dentaviaizmir@gmail.com](mailto:dentaviaizmir@gmail.com) adresine elektronik posta yoluyla iletebilirsiniz.

Yaptığınız başvuruya, KVK hükmü uyarınca en geç 30 gün içerisinde mümkün olan en kısa sürede cevap verilecektir. Sunduğunuz bilgi ve belgelerin eksik olması ya da anlaşılabilir olması halinde bile başvurunuzu sonuçlandırmak adına Veri Sorumlusu olarak sizlerle iletişime geçeceğimizi bilmeniz isteriz.

### 1. KİŞİSEL VERİ SAHİBİNİN KİMLİK VE İLETİŞİM BİLGİLERİ

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| Adı- Soyadı:                        |   |
| T.C. Kimlik No:                     |   |
| Telefon Numarası:                   |   |
| Adres:                              |   |
| E-posta Adres:                      |   |
| Başvuruda Bulunmak İstediği Kuruluş |   |
| Kuruluşumuzla Olan İlişkiniz        | (Müşteri, iş ortağı, çalışan aday, eski çalışan, üçüncü taraf firma çalışanı, hissedar vb.) |

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

(Lütfen talebinize uygun ifadenin yanındaki kutucuğu/kutucukları işaretleyiniz)

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Kuruluşunuzun şahsıma ait kişisel veriyi/verileri işleyip işlemediğini öğrenmek istiyorum.  |
| <input type="checkbox"/> | Eğer Kuruluşunuz şahsıma ait kişisel veriyi/verileri işliyorsa, işleme faaliyetleri hakkında bilgi talep ediyorum.  |
| <input type="checkbox"/> | Eğer Kuruluşunuz şahsıma ait kişisel veriyi/verileri işliyorsa, işlenme amacını ve işlenme amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenmek istiyorum.  |
| <input type="checkbox"/> | Eğer kişisel verilerim yurtdışında veya yurtdışında üçüncü kişilere aktarılıyorsa bu üçüncü kişileri bilmek istiyorum.  |
| <input type="checkbox"/> | Kişisel verilerimin eksik veya yanlış işlendiği düşünüyorum ve bunların düzeltilmesini istiyorum.   |
| <input type="checkbox"/> | KVK ve ilgili diğer mevzuat hükümlerine uygun olarak işlenmiş olsa da, kişisel verilerimin silinmesini istiyorum.   |
| <input type="checkbox"/> | Eksik ve yanlış işlendiğini düşündüğüm kişisel verilerimin, aktarıldığı üçüncü kişiler nezdinde de düzeltilmesini istiyorum.  |
| <input type="checkbox"/> | Silinmesini talep ettiğim kişisel verilerimin aktarılan üçüncü kişiler nezdinde de silinmesini istiyorum.   |
| <input type="checkbox"/> | Kuruluşunuz tarafından işlenen kişisel verilerim münhasıran otomatik sistemler vasıtasıyla analiz edildiğini ve bu analiz neticesinde şahsım aleyhine bir sonuç doğduğunu düşünüyorum. Bu sonuca itiraz ediyorum. |

## 3. AÇIKLAMA (Lütfen KVK kapsamındaki talebinizi ve talebinize konu olan kişisel verileri detaylı olarak belirtiniz.)

## 4. EKLER

(Lütfen başvurunuza dayanak göstermek istediğiniz belge varsa belirtiniz.)

## 5. LÜTFEN BAŞVURUNUZA VERİLECEK CEVABIN TARAFINIZA BİLDİRİM YÖNTEMİNİ SEÇİNİZ:

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

## 6. BAŞVURU SAHİBİNİN BEYANI

İşbu başvuru formu, Kuruluşumuz ile olan ilişkinizi tespit etmek, varsa Kuruluşumuz tarafından işlenen kişisel verilerinizi ve niteliğini eksiksiz olarak belirleyerek başvurunuza doğru ve kanuni süresinde cevap verebilmek amacıyla tanzim edilmiştir. Kanunda öngörülen ilke, usul ve esaslara aykırı bir paylaşımından kaynaklanabilecek hukuki risklerin bertaraf edilmesi ve özellikle kişisel verilerinizin güvenliğinin sağlanması amacıyla, kimlik / yetki tespiti için Şirketimiz ek bilgi ve belge (Nüfus cüzdanı veya sürücü belgesi sureti vb.) talep etme hakkını saklı tutar. Form içeriğinde paylaştığınız bilgilerin doğru ve güncel olmaması ya da yetkisiz bir başvuru yapılması halinde Kuruluşumuz, söz konusu yanlış bilgi ya da yetkisiz başvuru kaynaklı taleplerden dolayı mesuliyet kabul etmemektedir. Hukuka aykırı, yanıltıcı veya yanlış başvurulardan doğan tüm sorumluluk tarafınıza ait olacaktır.

Kişisel Veri Sahibi / Adına Başvuruda Bulunan Yetkili Kişi<sup>1</sup> \*\*

Adı Soyadı :

Başvuru Tarihi :

İmzası :

---

<sup>1</sup> Başkası adına başvuruda bulunuyorsanız, başvuru yapmaya yetkili olduğunuzu gösteren (kişisel veri sahibinin velisi/ vasisi/vekili olduğunuzu gösterir belge, vekâletname gibi) belgeleri başvurunuz ekinde gönderiniz. Bu belgelerin geçerli olarak kabul edilmesi için yetkili makamlar tarafından düzenlenmiş veya onaylanmış olmaları gerekmektedir.

\*\* Başvurular, kişinin şahsına ait olmalıdır. Eş, yakın, çocuk vs. adına başvuru yapılamaz. NEO DENTAL AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI POLİKLİNİĞİ TİCARET LİMİTED ŞİRKETİ başvuru sahibinin kimliğinden şüphelenirse buna ilişkin doğrulama bilgilerini kişiden talep edebilir. Form kapsamında iletmekte olduğunuz taleplerinize ilişkin bilgilerin doğru ve güncel olmaması ya da yetkisiz bir başvuru yapılması halinde Şirketimiz, söz konusu yanlış bilgi ya da yetkisiz başvuru kaynaklı taleplerden dolayı mesuliyet kabul etmemektedir.