

GÖZ AKADEMİ BODRUM SAĞLIK HİZMETLERİ VE TİCARET ANONİM ŞİRKETİ
İLGİLİ KİŞİ BAŞVURU FORMU

1. Başvuru Yöntemi

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun ("Kanun") 11. Maddesinde sayılan haklarınız kapsamındaki taleplerinizi, Kanun'un 13. maddesi ile Veri Sorumlusuna Başvuru Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ'in 5. maddesi gereğince, işbu form ile aşağıda açıklanan yöntemlerden biriyle başvurunuzu Şirketimize iletebilirsiniz.

	BAŞVURU YÖNTEMİ	BAŞVURU YAPILACAK ADRES	BAŞVURUDA GÖSTERİLECEK BİLGİ
1-Yazılı olarak başvuru	Islak imzalı şahsen başvuru veya Noter vasıtasıyla	Merkezefendi Mahallesi 438 Sokak No:15 Merkezefendi/Denizli	Zarfın/tebligatın üzerine "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamında Bilgi Talebi" yazılacaktır.
2. Sistemimizde Bulunan Elektronik Posta Adresi ile Başvuru	Şirketimizin sisteminde kayıtlı bulunan elektronik posta adresiniz kullanılmak suretiyle		E-posta'nın konu kısmına "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Bilgi Talebi" yazılacaktır.

Tarafımıza iletilmiş olan başvurularınız Kanun'un 13'üncü maddesinin 2'inci fıkrası gereğince, talebin niteliğine göre talebinizin bizlere ulaştığı tarihten itibaren otuz gün içinde yanıtlandırılacaktır. Yanıtlarımız ilgili Kanun'un 13'üncü maddesi hükmü gereğince yazılı veya elektronik ortamdan tarafınıza ulaştırılacaktır.

2. Kimlik ve İletişim Bilgileriniz

Lütfen sizinle iletişime geçebilmemiz ve kimliğinizi doğrulayabilmemiz adına aşağıdaki alanları doldurunuz.

Tarafınızca bu form kapsamında iletilmesi gereken kişisel verileriniz, başvurunuzun değerlendirilebilmesi, sonuçlandırılabilmesi ve sizinle iletişime geçilebilmesi amacıyla alınmakta ve başka amaçlarla veri işleme konu olmamaktadır.

Ad Soyad	
T.C. Kimlik Numarası /	

Diğer Ülke Vatandaşları için Pasaport Numarası veya Kimlik Numarası:	
Tebliğata Esas Yerleşim Yeri Adresi / İş Yeri:	
Telefon numarası:	
Faks numarası:	
E-posta Adresi:	

3. Lütfen Şirketimiz ile olan ilişkinizi belirtiniz. (Müşteri, iş ortağı, çalışan adayı, eski çalışan, ziyaretçi gibi)

<input type="checkbox"/> Müşteri	<input type="checkbox"/> İş ortağı
<input type="checkbox"/> Ziyaretçi	<input type="checkbox"/> Eski Çalışan <i>Çalıştığım Yıllar :</i>
<input type="checkbox"/> İş Başvurusu / Özgeçmiş Paylaşımı Yaptım <i>Tarih :</i>	<input type="checkbox"/> Diğer:

<input type="checkbox"/> İş Başvurusu / Özgeçmiş Paylaşımı Yaptım <i>Tarih :</i>	<input type="checkbox"/> Diğer:
---	---

Şirketimiz içerisinde iletişimde olduğunuz

Birim:.....

Konu:

.....
.....

4. Lütfen Kanun kapsamındaki talebinizi detaylı olarak belirtiniz:

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

