

ADA GÖZ ÖZEL SAĞLIK HİZMETLERİ DANIŞMANLIK TARIM GIDA İÇECEK
HAYVANCILIK TURİZM İÇ VE DIŞ TİCARET SANAYİ LİMİTED ŞİRKETİ

KVKK İLGİLİ KİŞİ BAŞVURU FORMU

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun 11 ve 13. maddeleri kapsamında

BU FORMU KİM DOLDURUR?	AÇIKLAMA
Başvuru sahibi / yasal temsilcisi	1-6. bölümler başvuru sahibi tarafından doldurulur ve imzalanır.
ADA GÖZ	Son bölümdeki "Şirket Kullanımına Mahsus" alan yalnız ADA GÖZ tarafından doldurulur.

1. BAŞVURU HAKKINDA KISA BİLGİ

KVKK'nın 11. maddesi kapsamında kişisel verileriniz hakkında bilgi alma, düzeltme, silme/yok etme ve diğer yasal haklarınızı kullanmak için ADA GÖZ'e başvurabilirsiniz. Başvurunuz, niteliğine göre en kısa sürede ve en geç 30 gün içinde sonuçlandırılır.

Başvurunun güvenli biçimde sonuçlandırılabilmesi için kimliğinizin doğrulanması gerekir. ADA GÖZ, yalnız gerekli olduğu ölçüde ek bilgi veya belge talep edebilir. Kimlik belgesinin gereksiz kopyası alınmaz; ihtiyaç hâlinde kimlik doğrulama amacıyla sınırlı işlem yapılır.

2. BAŞVURU YÖNTEMLERİ

Yöntem	Adres	Açıklama
Yazılı başvuru	Hacıfeyzullah Mahallesi Koçtaş Yolu Sokak No: 8 Kuşadası / Aydın	Kapalı zarf üzerine "KVKK İlgili Kişi Başvurusu" yazılması önerilir. Başvuru bizzat, posta/kargo veya noter aracılığıyla yazılı olarak iletilebilir.
KEP	adagoz@hs03.kep.tr	Başvuru sahibinin KEP hesabından gönderilebilir.
Güvenli e-imza / mobil imza	adagoz@hs03.kep.tr	Güvenli elektronik imza veya mobil imza ile imzalanmış başvuru iletilebilir.
Sistemde kayıtlı e-posta	info@adagoz.com.tr	Yalnız daha önce ADA GÖZ'e bildirdiğiniz ve Şirket sistemde kayıtlı bulunan e-posta adresinizden gönderiniz.

3. BAŞVURU SAHİBİ BİLGİLERİ

Bilgi	Başvuru Sahibi Tarafından Doldurulacaktır
Ad Soyad	
T.C. Kimlik No	
Yabancı Uyruklu İse Uyruk / Pasaport veya Kimlik No	
Tebliğata Esas Adres	
Telefon	
E-posta	
KEP Adresi (varsa)	

4. ADA GÖZ İLE İLİŞKİNİZ

Seçiniz	Varsa Açıklama / Tarih / Birim
☐ Hasta	Hasta / protokol no (varsa):
☐ Hasta yakını / refakatçi	Hasta ile yakınlık / ilgili dönem:
☐ Veli / Vasi / Yasal Temsilci	Temsil edilen kişinin adı soyadı:
☐ Çalışan	Birim / görev:
☐ Eski çalışan	Çalışılan dönem / birim:
☐ Çalışan adayı / özgeçmiş paylaşılan	Başvuru tarihi / pozisyon:
☐ Ziyaretçi	Ziyaret tarihi / görüşülen birim:
☐ Tedarikçi / hizmet sağlayıcı çalışanı	Firma / görev:
☐ İnternet sitesi / randevu / iletişim formu kullanıcısı	Yaklaşık tarih:
☐ Diğer	Açıklama:

5. KVKK KAPSAMINDAKİ TALEBİNİZ

İlgili talebinizi işaretleyiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

- ☐ Kişisel verilerimin işlenip işlenmediğini öğrenmek istiyorum.
- ☐ Kişisel verilerim işlenmişse buna ilişkin bilgi talep ediyorum.
- ☐ Kişisel verilerimin işlenme amacını ve amaca uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenmek istiyorum.
- ☐ Kişisel verilerimin yurt içinde veya yurt dışında aktarıldığı üçüncü kişileri öğrenmek istiyorum.
- ☐ Eksik veya yanlış işlenen kişisel verilerimin düzeltilmesini istiyorum.
- ☐ KVKK'daki şartlar çerçevesinde kişisel verilerimin silinmesini veya yok edilmesini istiyorum.
- ☐ Düzeltme / silme / yok etme işlemlerinin verilerin aktarıldığı üçüncü kişilere bildirilmesini istiyorum.
- ☐ Verilerimin münhasıran otomatik sistemler yoluyla analiz edilmesi sonucunda aleyhime bir sonuç ortaya çıkmasına itiraz ediyorum.
- ☐ Kişisel verilerimin kanuna aykırı işlenmesi nedeniyle uğradığım zararın giderilmesini talep ediyorum.
- ☐ Diğer:

6. TALEBİNİZİN AÇIKLAMASI

Talebinizi mümkün olduğunca açık yazınız. Varsa ilgili tarih, bölüm, sağlık hizmeti, randevu, işlem, e-posta veya başka bir ayırt edici bilgiyi belirtmeniz başvurunun daha hızlı sonuçlandırılmasını sağlar.

TALEP AÇIKLAMASI

7. CEVABIN TARAFINIZA İLETİLMESİ

Tercih ettiğiniz cevap yöntemini işaretleyiniz:

- ☐ Tebligata esas adresime yazılı olarak gönderilsin.
- ☐ Kimlik doğrulaması tamamlanmış e-posta adresime elektronik olarak gönderilsin.
- ☐ KEP adresime gönderilsin.
- ☐ Elden teslim almak istiyorum. (Kimlik doğrulaması yapılır.)

8. BAŞKASI ADINA BAŞVURU

Başvuruyu başka bir kişi adına yapıyorsanız, temsil yetkinizi gösteren belgeyi (örneğin veli/vasi belgesi veya uygun vekâletname) başvuruya ekleyiniz. ADA GÖZ, temsil yetkisinin kapsamını doğrulamak amacıyla gerekli ek belgeyi isteyebilir.

Başvuru Sahibi	Temsil Edilen Kişi (varsa)
Ad Soyad:	Ad Soyad:
İmza:	Yakınlık / Yetki Türü:
Tarih:	

9. BAŞVURUYA İLİŞKİN ÖNEMLİ NOTLAR

- Başvuruda ad-soyad, yazılı başvuruda imza, T.C. vatandaşları için T.C. kimlik numarası; yabancılar için uyruk, pasaport numarası veya varsa kimlik numarası; tebligata esas adres ve talep konusu bulunmalıdır.
- Varsa bildirim esas e-posta adresi, telefon numarası ve talebe ilişkin bilgi/belgeler başvuruya eklenebilir.
- Başvurular kural olarak ücretsiz sonuçlandırılır. İşlemin ayrıca maliyet gerektirmesi hâlinde mevzuatta belirlenen ücret uygulanabilir.
- Başvurunun kabul edilmesi hâlinde talebin gereği yerine getirilir; reddedilmesi hâlinde ret gerekçesi ilgili kişiye bildirilir.
- Başvurunun reddedilmesi, cevabın yetersiz bulunması veya süresinde cevap verilmemesi hâlinde; ilgili kişi veri sorumlusunun cevabını öğrendiği tarihten itibaren 30 gün ve her hâlde başvuru tarihinden itibaren 60 gün içinde Kişisel Verileri Koruma Kuruluna şikâyetle bulunabilir.
- ADA GÖZ, başvuruyu cevaplandırmak için gerekli olandan fazla kişisel veri talep etmez; sağlık verileri dâhil özel nitelikli veriler ayrıca güvenli şekilde işlenir. Bu form kapsamında elde edilen kişisel veriler; başvurunun alınması, kimlik/yetki doğrulaması, talebin değerlendirilmesi, cevabın iletilmesi ve hukuki yükümlülüklerin yerine getirilmesi amaçlarıyla işlenir. Formun sunulması, başkaca veri işleme faaliyetleri için açık rıza verilmesi anlamına gelmez.

10. BAŞVURU SAHİBİNİN BEYANI

Bu formda verdiğim bilgilerin doğru ve güncel olduğunu, başvurunun bana veya temsil yetkim bulunan kişiye ait olduğunu beyan ederim. Başvurumun sonuçlandırılması için gerekli kimlik ve yetki doğrulamasının yapılabileceğini biliyorum.

Ad Soyad	Tarih	İmza

ŞİRKET KULLANIMINA MAHSUS

Bu bölüm başvuru sahibi tarafından doldurulmaz.

Kayıt Alanı	ADA GÖZ Tarafından Doldurulacaktır
Başvuru Kayıt No	
Başvurunun Ulaştığı Tarih / Saat	
Başvuru Kanalı	☐ Elden ☐ Noter ☐ KEP ☐ E-imza / Mobil İmza ☐ Kayıtlı E-posta
Kimlik / Yetki Doğrulaması	☐ Tamamlandı ☐ Ek Bilgi / Belge İstendi
Sorumlu Birim / Kişi	
Cevap için Son Tarih	
Sonuç	☐ Kabul ☐ Kısmen Kabul ☐ Ret
Cevap Tarihi / Yöntemi	

Veri Sorumlusu: ADA GÖZ ÖZEL SAĞLIK HİZMETLERİ DANIŞMANLIK TARIM GIDA İÇECEK HAYVANCILIK TURİZM İÇ VE DIŞ TİCARET SANAYİ LİMİTED ŞİRKETİ

Adres: Hacıfeyzullah Mahallesi Koçtaş Yolu Sokak No: 8 Kuşadası / Aydın | KEP: adagoz@hs03.kep.tr | E-posta: info@adagoz.com.tr