

DİŐ HEKİMİ CAN SAĐLAT MUAYENEHANESİ KİŐSEL VERİLERİ KORUMA KANUNU - KİŐSEL VERİLERE
ERİŐİM BİLGİ TALEP FORMU

Başvuru Sahibi Bilgileri	T.C. Kimlik No	
	Ad Soyad	
	Dođum Tarihi	
	Cep Telefon No	
	Adres	
	<input type="checkbox"/> Veri Sahibiyim (Kendi verilerimi talep ediyorum)	
<input type="checkbox"/> Veri sahibi yakınıym (Yakınıma (1. Derece yakını / Yasal temsilcisi) ilişkin verileri talep ediyorum) * Yasal temsilci iseniz ilgili kararı ek olarak iletiniz.		
Kurumla İliŐki Bilgisi	Lütfen aŐađıdaki seąeneklerden kurumumuzla olan ilginize uygun olanı iŐaretleyiniz.	
	<input type="checkbox"/> Hasta / Hasta Yakını	<input type="checkbox"/> ąalıŐan / Eski ąalıŐan / Aday
Talebe İlişkin Bilgi	Hastalarımız için: En son hizmet alınan tarih:	ąalıŐanlarımız için: Durum: <input type="checkbox"/> Mevcut ąalıŐan <input type="checkbox"/> Eski ąalıŐan <input type="checkbox"/> Aday ąalıŐma dđnemi (yıl): Adaylar için başvuru yılı:
	Lütfen talep ettiğiniz kiŐisel veriye ilişkin bir aąıklama yapınız ve verinin konumuna dair sahip olduğunuz herhangi bir bilgi var ise paylaŐınız.	
Lütfen talebinize vereceđimiz yanıt için gđnderim yđntemini seąiniz.		
<input type="checkbox"/> Adresime gđnderim istiyorum	<input type="checkbox"/> Bizzat baŐvurarak elden teslim almak istiyorum	

Talep Eden Tarafından Doldurulacak

Kurum Tarafından Doldurulacak

Talep Tarihi:
Talep eden Ad Soyad İmza

Teslim Alma Tarihi:
Teslim alan Ad Soyad İmza