



MAS
Tıbbi Ürünler

MAS TIBBİ ÜRÜN PAZARLAMA VE MEDİKAL ANALİZ SİSTEMLERİ SAN. VE TİC. LTD. ŞİRKETİ
KİŞİSEL VERİ SAHİBİ BAŞVURU FORMU

A. KİŞİSEL VERİ SAHİBİNİN KİMLİK VE İLETİŞİM BİLGİLERİ

Adı- Soyadı:	
T.C. Kimlik No:	
Telefon Numarası:	
Adres:	
E-posta Adres:	
Başvuruda Bulunmak İstedığı Kuruluş	
Kuruluşumuzla Olan İlişkiniz	(Üye, stajyer, çalışan, tedarikçi gibi)

B. KİŞİSEL VERİ SAHİBİNİN KULLANACAĞI HAKKIN SEÇİMİNE İLİŞKİN BİLGİLER

(Lütfen talebinize uygun ifadenin yanındaki kutucuğu/kutucukları X ile işaretleyiniz)

[.....]	Kuruluşunuzun şahsıma ait kişisel veriyi/verileri işleyip işlemediğini öğrenmek istiyorum.
[.....]	Eğer Kuruluşunuz şahsıma ait kişisel veriyi/verileri işliyorsa, işleme faaliyetleri hakkında bilgi talep ediyorum.
[.....]	Eğer Kuruluşunuz şahsıma ait kişisel veriyi/verileri işliyorsa, işlenme amacını ve işlenme amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenmek istiyorum.
[.....]	Eğer kişisel verilerim yurtiçinde veya yurtdışında üçüncü kişilere aktarılıyorsa bu üçüncü kişileri bilmek istiyorum.
[.....]	Kişisel verilerimin eksik veya yanlış işlendiği düşünüyorum ve bunların düzeltilmesini istiyorum.
[.....]	KVK ve ilgili diğer mevzuat hükümlerine uygun olarak işlenmiş olsa da, kişisel verilerimin silinmesini istiyorum.
[.....]	Eksik ve yanlış işlendiğini düşündüğüm kişisel verilerimin, aktarıldığı üçüncü kişiler nezdinde de düzeltilmesini istiyorum.
[.....]	Silinmesini talep ettiğim kişisel verilerimin aktarılan üçüncü kişiler nezdinde de silinmesini istiyorum.
[.....]	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.

C. AÇIKLAMA

(Lütfen KVKK kapsamındaki talebinizi ve talebinize konu olan kişisel verileri detaylı olarak belirtiniz.)

--



MAS
Tıbbi Ürünler

D. EKLER

(Lütfen başvurunuza dayanak göstermek istediğiniz belge varsa belirtiniz.)

E. VERİLECEK CEVABIN BİLDİRİM YÖNTEMİNİ SEÇİNİZ:

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

F. 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 paylaşımdan kaynaklanabilecek hukuki risklerin bertaraf edilmesi ve özellikle kişisel verilerinizin güvenliğinin sağlanması amacıyla, kimlik / yetki tespiti için Kuruluşumuz 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 Kişi¹ **

Adı Soyadı :
Başvuru Tarihi :
İmzası :

¹Başkası 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. **MAS TIBBİ ÜRÜN PAZARLAMA VE MEDİKAL ANALİZ SİSTEMLERİ SAN. VE TİC. LTD. 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.