



## Başvuru Yöntemi

BAŞVURU YOLU	BAŞVURU YAPILACAK ADRES	BAŞVURUDA GÖSTERİLECEK BİLGİ
1. Yazılı Olarak Islak imzalı şahsen başvuru veya Noter vasıtasıyla Başvuru	Çelebiler, 137. Cad. No:31, 32040 Isparta Merkez/Isparta	Başvurunun konu kısmına "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Bilgi Talebi" yazılacaktır.
3. Sistemimizde Bulunan Elektronik Posta Adresi ile Başvuru	info@atanurgoz.com.tr	E-posta'nın konu kısmına "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Bilgi Talebi" yazılacaktır.

## Talep Konusu

1. Şirketinizin hakkımda kişisel veri işleyip işlemediğini öğrenmek istiyorum.
2. Eğer Isparta Atanur Göz Hastalıkları hakkımda kişisel veri işliyorsay bu veri işleme faaliyetleri hakkında bilgi talep ediyorum.
3. Eğer Isparta Atanur Göz Hastalıkları hakkımda kişisel veri işliyorsay bunların işleme amacını ve bu amaca uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenmek istiyorum.
4. Eğer kişisel verilerim yurtiçinde veya yurtdışında üçüncü kişilere aktarılıyorsa ,bu üçüncü kişileri bilmek istiyorum.
5. Kişisel verilerimin eksik yada yanlış işlendiğini düşünüyorum ve bunların düzeltilmesini istiyorum.
6. Kişisel verilerimin kanun ve ilgili diğer kanun hükümlerine uygun olarak işlenmiş olmasına rağmen, işlenmesini gerektiren sebeplerin ortadan kalktığını düşünüyorum ve bu çerçevede kişisel verilerimin silinmesini veya yok edilmesini talep ediyorum.
7. Eksik veya yanlış işlendiğini düşündüğüm kişisel verilerimin aktarıldığı üçüncü kişiler nezdinde de düzeltilmesini istiyorum.
8. Kişisel verilerimin kanun ve ilgili diğer kanun hükümlerine uygun olarak işlenmiş olmasına rağmen, işlenmesini gerektiren sebeplerin ortadan kalktığını düşünüyorum ve bu çerçevede kişisel verilerimin üçüncü kişiler nezdinde de silinmesinin veya yok edilmesinin bildirilmesini talep ediyorum.
9. Isparta Atanur Göz Hastalıkları tarafından işlenen kişisel verilerimin münhasıran otomatik sistemler vasıtasıyla analiz edildiğini ve bu analiz neticesinde Şahsım aleyhine bir sonuç doğduğunu düşünüyorum. Bu sonuca itiraz ediyorum.
10. Kişisel verilerimin Kanuna aykırı işlenmesi nedeniyle zarara uğradım. Bu zararın tazminini talep ediyorum.

Doldurmuş olduğunuz bu başvuru formu, Isparta Atanur Göz Hastalıkları ile olan ilişkinizi tespit ederek, varsa, Şirketimiz tarafından işlenen kişisel verilerinizle ilgili olarak eksiksiz ve isabetli olarak ilgili başvurunuza doğru ve kanuni süresi içerisinde cevap verilebilmesi için düzenlenmiştir. Hukuka aykırı ve haksız bir şekilde veri paylaşımından kaynaklanabilecek hukuki risklerin bertaraf edilmesi ve özellikle kişisel verilerinizin güvenliğinin sağlanması amacıyla, kimlik ve yetki tespiti için Isparta Atanur Göz Hastalıkları, ek evrak ve malumat (Nüfus cüzdanı veya sürücü belgesi sureti gibi) talep etme hakkını saklı tutar. Form kapsamında iletmekte olduğunuz taleplerinize ilişkin bilgilerin doğru ve güncel olmaması ya da yetkisiz bir başvuru yapılması halinde, söz konusu yanlış bilgi ya da yetkisiz başvuru kaynaklı taleplerden veya belirttiğiniz adreslere cevaplarımızın gönderimi sırasında oluşabilecek aksaklıklardan dolayı Şirketimiz sorumluluk kabul etmemektedir.

Isparta Atanur Göz Hastalıkları tarafından doldurulacaktır.

Tarih: .... / .... / .....

Teslim Alanın Adı Soyadı: .....

İmza: .....