KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU BAŞVURU FORMU

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Başvuru Sahibi İletişim Bilgileri** | | | |
| **Adı:** |  | **Soyadı:** |  |
| **T.C. Kimlik Numarası:** |  | **Cep Telefonu:** |  |
| **E-Posta Adresi:**  (Belirttiğiniz takdirde size daha hızlı geri dönüş sağlayacağız) |  | **Ev Telefonu:** |  |
| **Adres:** |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Lütfen** **FARMATİK TIBBİ MALZEME ITRİYAT ARACILIK LTD. ŞTİ.** **İle İlişkinizi Belirtiniz:**  ( Müşteri, iş ortağı, çalışan adayı, eski çalışan, üçüncü taraf firma çalışanı, hissedar vb gibi) | |
| **1** | ☐ Müşteri  ☐ Ziyaretçi  ☐ İş Ortağı  ☐ Diğer……..…………………………………… |
| **2** | Şirket ile iletişimde olduğunuz;  Birim / departman: ……………………………………..  Konu: ………………………………………………….... |
| **3** | ☐ Mevcut Çalışanım: ☐ Eski Çalışanım:  İşe Giriş Tarihi: ……………….  İşten Çıkış Tarihi: …………….  ☐ İş Başvurusu / Özgeçmiş Paylaşımı Yaptım (Tarih …/…/……)  ☐ Üçüncü Kişi Firma Çalışanıyım (Lütfen çalıştığınız firma ve pozisyon bilgisini belirtiniz)  ☐ İSG Uzmanı / İşyeri Hekimi (Firma İsmi:……………………………………)  ☐ Danışman (Firma İsmi:……………………………………)  ☐ Yetkili Servis Çalışanı (Firma İsmi:……………………………………)  ☐ Diğer (Firma İsmi:……………………………………)  ☐ Diğer:………………………………………………… |
| **Lütfen KVK Kanunu kapsamındaki isteminizi detaylı olarak belirtiniz.** | |
|  | |
| **Lütfen başvurunuza vereceğimiz yanıtın tarafınıza bildirilme yöntemini seçiniz:** | |
| ☐ Adresime gönderilmesini istiyorum.  ☐ E-posta adresime gönderilmesini istiyorum.  ☐ Elden teslim almak istiyorum. (Vekâleten teslim alınması durumunda noter tasdikli vekâletname veya yetki belgesi olması gerekmektedir.) | |

İşbu başvuru formu, **FARMATİK TIBBİ MALZEME ITRİYAT ARACILIK LTD. ŞTİ. i**le olan ilişkinizi tespit ederek, varsa, **FARMATİK TIBBİ MALZEME ITRİYAT ARACILIK LTD. ŞTİ.** tarafından işlenen kişisel verilerinizi eksiksiz olarak belirleyerek, ilgili başvurunuza doğru ve kanuni süresinde cevap verilebilmesi için tanzim edilmiştir. Hukuka aykırı ve haksız bir şekilde veri paylaşımından kaynaklanabilecek hukuki risklerin bertaraf edilmesi ve özellikle kişisel verilerinizin güvenliğinin sağlanması amacıyla, kimlik ve yetki tespiti **FARMATİK TIBBİ**

**MALZEME ITRİYAT ARACILIK LTD. ŞTİ.** ek evrak ve malumat (Nüfus cüzdanı veya sürücü belgesi sureti vb.) talep etme hakkını saklı tutar. Form kapsamında iletmekte olduğunuz taleplerinize ilişkin bilgilerin doğru ve güncel olmaması ya da yetkisiz bir başvuru yapılması halinde **FARMATİK TIBBİ MALZEME ITRİYAT ARACILIK LTD. ŞTİ.** söz konusu yanlış bilgi ya da yetkisiz başvuru kaynaklı taleplerden dolayı sorumluluk kabul etmemektedir.

**Başvuru Sahibi (Kişisel Veri Sahibi)’nin;**

**Adı Soyadı:**

**Başvuru Tarihi:**

**İmza:**