

KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU
UYARINCA BAŞVURU FORMU

1. Başvuruda bulunan veri sahibinin iletişim bilgileri:

Adı Soyadı :
Doğum Tarihi :
T.C. Kimlik No :
Telefon Numarası :
E-posta Adresi :
Mernis Adres :

Bu bölüm, veri sahibi kişi ile başvuru yapan kişi farklı ise doldurulacaktır

2. Başvuruyu veri sahibi adına yapan yetkili kişinin iletişim bilgileri:

Adı Soyadı :
Doğum Tarihi :
T.C. Kimlik No :
Telefon Numarası :
E-posta Adresi :
Mernis Adres :

Bu Bölüm Özel Medar Hastanesi'nden Sağlık Hizmeti alanlar dolduracaktır.

C. Özel Medar Hastanesi ile olan ilişkinizi belirtiniz. ()
(*"Hasta, eski çalışan, üçüncü taraf, firma çalışanı" gibi*)

- Ayakta Tedavi Oldum
 Yatarak Tedavi Oldum Ameliyat Oldum
 Diğer:

Hizmet Alınan Sağlık Birimleri hakkında açıklama;

Unvan :

E-mail adresi :

Posta adresi :

İşbu Formu imzalayarak kabul etmekle Kişisel Verilerinizin ve Özel Nitelikli Kişisel Verilerinizin işlenmesi ile ilgili yukarıda yazılı hususlarda gerekli bilgileri edinerek onay vermiş bulunmaktasınız.

Açık rıza metnini okudum ve anladım. Kişisel verilerimin metinde belirtilen şekilde işlenmesini onaylıyorum.	(elyazısı ile yazılacak)
--	--------------------------

Ad Soyad :

İmza :