

KİŞİSEL VERİLERİ KORUMA YASASI UYARINCA BİLGİ TALEP ETME FORMU

A. Başvuru Sahibi iletişim bilgileri:

İsim Soyisim : Sündüs Çevik Beşduyu İşitme Merkezi
TC Kimlik Numarası : 25160156602
Telefon Numarası : (0212) 676 78 51
E-posta :
Adres : Merkez Mahallesi Çiğdem Caddesi Cami Sokak No:33/C
Avcılar/İstanbul

B. İşletmemiz ile hangi nedenle ilişkiniz olduğunu belirtiniz.

<input type="checkbox"/> Hasta/ Hasta Yakını <input type="checkbox"/> Çalışan/Eski Çalışan/Aday <input type="checkbox"/> Üçüncü Taraf/Tedarikçi/Firma Çalışanı
Hasta/Hasta Yakını tarafından doldurulacaktır.
<input type="checkbox"/> Ayakta Tedavi Oldum <input type="checkbox"/> Yatarak Tedavi Oldum <input type="checkbox"/> Ameliyat Oldum <input type="checkbox"/> Diğer : Son Başvuru Tarihi;
Çalışan/Eski Çalışan/Aday tarafından doldurulacaktır.
<input type="checkbox"/> Çalışan <input type="checkbox"/> Eski Çalışan Çalışma Dönemi (ay/yıl) : <input type="checkbox"/> İş Başvurusu / Özgeçmiş Paylaşımı yaptım. Başvuru Tarihi (ay/yıl) : <input type="checkbox"/> Diğer :
<input type="checkbox"/> Üçüncü Kişi (Lütfen Şirketimiz ile ilginiz konusunda bilgi veriniz.)

Şirketimiz içerisinde iletişimde olduğunuz

Birim:.....

Konu:

C. Kişisel Verileri Koruma Yasası kapsamındaki isteminizi ayrıntılı olarak belirtiniz:

.....
.....
.....

D. Hangi vasıtayla başvurunuza yanıt vermemizi istediğinizi belirtiniz:

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

Başvuru Sahibi (Kişisel Veri Sahibi)

Tarih ve İmza :