

VERİ SAHİBİ BAŞVURU FORMU

1- Genel bilgiler ve kullanım amacı

Bu başvuru formu AURA AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI SAĞLIK HİZMETLERİ SANAYİ VE TİCARET LİMİTED ŞİRKETİ tarafından hazırlanmış olup 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanununun 13üncü maddesi kapsamında “Veri sorumlusuna yapılacak başvuru” için kullanılır.

Başvuru sahibine, talebinin niteliğine göre en kısa sürede ve en geç otuz gün içinde cevap verilir.

2- Başvuru yolu

Başvurunuzu bu formu doldurarak, bu form haricinde dilediğiniz başkaca bir yazılı metin sunarak veya Kişisel Verileri Koruma Kurulunca belirlenen her türlü yöntemle ve aşağıda yer alan şekillerde gerçekleştirebilirsiniz:

- Şirketimizin Yenikaraman Mah. Sanayi Cad. Umi Plaza No: 150/A 16170 Osmangazi / Bursa / Türkiye adresine şahsen, posta ya da kargo yoluyla
- Şirketimize ait info@akordent.com e-posta adresine (Bu formun imzalı suretini tarayarak)

3- Veri sahibi bilgileri

Adı soyadı	
TC No	
İletişim adresi	
Telefon numarası	
E-posta	
Faks No	

4- Talep sonucunun iletilmesi

Talebiniz sonucunun size ulaştırılmasını istediğiniz iletişim kanalını işaretleyiniz.	
Sonuç E-posta hesabıma gönderilsin	<input type="checkbox"/>
Sonuç adresime postalansın	<input type="checkbox"/>
Sonuç faks olarak iletilsin	<input type="checkbox"/>

5- Başvuru konusu

Başvuru konunuzu ve talebinizi aşağıya yazabilirsiniz

--

6- Veri sahibi beyanı

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu uyarınca yapmış olduğum bilgi edinme başvurusunun, yukarıda belirttiğim talep/talepler çerçevesinde değerlendirilerek sonuçlandırılmasını rica eder, işbu başvuruda tarafınıza sağlamış olduğum bilgi ve belgelerin doğru, güncel ve şahsıma ait olduğunu kabul, beyan ve taahhüt ederim.

VERİ SAHİBİ	
Adı Soyadı	
Başvuru Tarihi	
İmza	