

**DAİMMED TIBBİ ÜRÜNLER A.Ş.
VERİ SAHİBİ BAŞVURU FORMU****1. Başvuru Yöntemi**

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu’nun (“**Kanun**”) 11. Maddesinde sayılan haklarınız kapsamındaki taleplerinizi, Kanun’un 13. maddesi ile Veri Sorumlusuna Başvuru Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ’in 5. maddesi gereğince, işbu form ile aşağıda açıklanan yöntemlerden biriyle başvurunuzu Şirketimize iletebilirsiniz.

	Başvuru Yöntemi	Başvuru Yapılacak Adres	Başvuruda Gösterilecek Bilgi
1.Yazılı Olarak Başvuru	Islak imzalı şahsen başvuru veya noter vasıtasıyla	Beytepe Mah. Beyler Cad, Çayyolu, 2742/1. Sk. No:10, 06810 Çankaya/ Ankara	Zarfın/tebligatın üzerine “Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamında Bilgi Talebi” yazılacaktır.
2.Kayıtlı Elektronik Posta (KEP) Yoluyla	Kayıtlı elektronik posta (KEP) adresi ile	daimmed@hs02.kep.tr	E-posta’ nın konu kısmına “Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Bilgi Talebi” yazılacaktır.
3.Sistemimizde Bulunan Elektronik Posta Adresi ile Başvuru	Şirketimizin sisteminde kayıtlı bulunan elektronik posta adresiniz kullanılmak suretiyle	kvkk@daimmed.com.tr	E-posta’ nın konu kısmına “Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Bilgi Talebi” yazılacaktır.
4.Sistemimizde Bulunmayan Elektronik Posta Adresi ile Başvuru	Mobil imza/e-imza içerecek biçimde Şirketimizin sisteminde bulunmayan elektronik posta adresinizi kullanmak suretiyle	kvkk@daimmed.com.tr	E-posta’ nın konu kısmına “Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Bilgi Talebi” yazılacaktır.

Tarafımıza iletilmiş olan başvurularınız Kanun’un 13’üncü maddesinin 2’inci fıkrası gereğince, talebin niteliğine göre talebinizin bizlere ulaştığı tarihten itibaren otuz gün içinde yanıtlandırılacaktır. Yanıtlarımız ilgili Kanun’un 13’üncü maddesi hükmü gereğince yazılı veya elektronik ortamdan tarafınıza ulaştırılacaktır.

2. Kimlik ve İletişim Bilgileriniz

Lütfen sizinle iletişime geçebilmemiz ve kimliğinizi doğrulayabilmemiz adına aşağıdaki alanları doldurunuz.

Ad-Soyadı	
T.C. Kimlik Numarası / Diğer Ülke Vatandaşları için Pasaport Numarası veya Kimlik Numarası	
Tebliğata Esas Yerleşim Yeri Adresi / İş Yeri Adresi	
Cep Telefonu	
Telefon Numarası	
Faks Numarası	
E-posta Adresi	

3. Lütfen Şirketimiz ile olan ilişkinizi belirtiniz. (Müşteri, iş ortağı, çalışan adayı, eski çalışan, üçüncü taraf firma çalışanı, hissedar gibi)

☐ Müşteri ☐ Ziyaretçi	☐ İş ortağı ☐ Diğer:
Şirketimiz içerisinde iletişimde olduğunuz Birim:..... Konu:	

☐ Eski Çalışanım Çalıştığım Yıllar : ☐ Diğer:	☐ İş Başvurusu / Özgeçmiş Paylaşımı Yaptım Tarih : ☐ Üçüncü Kişi Firma Çalışanıyım Lütfen çalıştığınız firma ve pozisyon bilgisini belirtiniz
--	--



Daimmed

4. Lütfen Kanun kapsamındaki talebinizi detaylı olarak belirtiniz:

[illegible]

5. Lütfen başvurunuza vereceğimiz yanıtın tarafınıza bildirilme yöntemini seçiniz:

- ☐ Adresime gönderilmesini istiyorum.
- ☐ E-posta adresime gönderilmesini istiyorum.

(E-posta yöntemi seçerseniz hâlinde size daha hızlı yanıt verebileceğiz.)

- ☐ Elden teslim almak istiyorum.

(Vekâleten teslim alınması durumunda noter tasdikli vekâletname veya yetki belgesi olması gerekmektedir.)

İşbu başvuru formu, Şirketimiz ile olan ilişkinizi tespit ederek, varsa, Şirketimiz 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 için Şirketimiz 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 Şirketimiz, söz konusu yanlış bilgi ya da yetkisiz başvuru kaynaklı taleplerden dolayı mesuliyet kabul etmemektedir.

Başvuru Sahibi (Kişisel Veri Sahibi) Adı Soyadı :

Başvuru Tarihi :

imza :