

GENEL AÇIKLAMALAR

6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nda ("KVK Kanunu") ilgili kişi olarak tanımlanan ilgili kişilere (Bundan böyle "Başvuru Sahibi" olarak anılacaktır.) KVK Kanunu'nun 11'nci maddesinde kişisel verilerinin işlenmesine ilişkin belirli taleplerde bulunma hakkı tanınmıştır.

KVKK Kanunu'nun 13/l. maddesi uyarınca veri sorumlusu olan Şirketimize bu haklara ilişkin olarak yapılacak başvuruların yazılı olarak veya Kişisel Verilerin Korunması Kurulu ("Kurul") tarafından belirlenen diğer yöntemlerle tarafımıza iletilmesi gerekmektedir.

Hakkınızda tuttuğumuz kişisel verilerin doğru ve güncel olması önemlidir. Bu nedenle kişisel verilerinizde bir değişiklik meydana geldiğinde lütfen bize bildiriniz. KVK Kanunu ve ilgili mevzuat uyarınca kendinizle ilgili;

- Kişisel veri işlenip işlenmediğini öğrenebilir,
- Topladığımız bilgilere ilişkin ayrıntıları talep edebilir,
- Bu bilgilerin ne amaçla toplandığını ve ne şekilde kullanıldığını, yurt içinde veya yurt dışında kişisel verilerin aktarıldığı üçüncü kişileri öğrenebilir veya
- Eksik veya yanlış işlenmiş olması hâlinde bunların düzeltilmesini, güncellenmesini veya bunların işlenmesini gerektiren sebepler ortadan kalktıysa silinmesini aktarım yapılan üçüncü kişilere yapılacak bildirimleri de kapsayacak şekilde isteyebilirsiniz.

Bu çerçevede "yazılı" olarak Şirketimize yapılacak başvurular, işbu formun çıktısı alınarak ve zarfın üzerine veya konuya "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Bilgi Talebi" yazılarak;

- **Başvuru sahibinin şahsen başvurusu ile,**
- **Noter veya iadeli taahhütlü posta vasıtasıyla,**
- **Şirketimiz adresine kayıtlı elektronik posta (KEP) adresine gönderilmek suretiyle tarafımıza iletilebilecektir.**

İletişim:

IMED SAĞLIK YAZILIMLARI A.Ş.

Adres: NO:19-1 ADIL MAHALLESİ DEMOKRASI CADDESİ, SULTANBEYLİ, İSTANBUL

E-Posta: mobil@imed.com.tr

▪ **BAŞVURU SAHİBİNİN BEYANI**

Yukarıda belirttiğim talepler doğrultusunda, Şirketinize yapmış olduğum başvurumun değerlendirilerek tarafıma bilgi verilmesini rica ederim.

Bu başvuruda tarafınıza sağlamış olduğum belge ve bilgilerimin doğru ve güncel olduğu, şahsıma ait olduğunu beyan ve taahhüt ederim. Başvuru formunda sağlamış olduğum bilgi ve belgelerin yapmış olduğum başvurunun değerlendirilmesi, cevaplandırılması, başvurumun tarafıma ulaştırılması, kimliğimin ve adresimin tespiti amaçlarıyla sınırlı olarak IMED SAĞLIK YAZILIMLARI A.Ş. tarafından işlenmesine izin veriyorum.

Cevabın Başvuru Formunda belirtmiş olduğum adresime gönderilmesini talep ederim.

Cevabın Başvuru Formunun belirtmiş olduğum elektronik posta adresime gönderilmesini talep ederim. *(E-posta yöntemini seçmeniz halinde size daha hızlı yanıt verebileceğiz.)*

Elden teslim almak istiyorum. *(Vekaleten teslim alınması durumunda noter tasdikli vekaletname veya noter tasdikli yetki belgesi olması gerekmektedir. Kişinin eşi, babası gibi yakınlarına asla bilgi verilmemektedir.)*

Başvuruda Bulunan İlgili Kişinin Adı Soyadı:

Başvuru Tarihi:

İmza:

ÖNEMLİ NOT: Başvurular, kişinin şahsına ait olmalıdır. Eş, yakın, çocuk vs. adına başvuru yapılamaz. IMED SAĞLIK YAZILIMLARI A.Ş., başvuru sahibinin kimliğinden şüphelenirse buna ilişkin doğrulama bilgilerini kişiden talep edebilir. 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.