



KVK KANUNU İLGİLİ KİŞİ BAŞVURU FORMU



Doküman Kodu: KU.FR.09

Yayın Tarihi: 12.02.2021

Revizyon Tarihi: 10.01.2025

Revizyon No:02

Sayfa No: 1 / 6

REVİZYON DURUMU

Revizyon Tarihi	Açıklama	Revizyon Numarası
21.09.2024	İstanbul ibaresinin eklenmesi	01
10.01.2025	Doküman gözden geçirme	02

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
Doküman Hazırlama Ekibi	Kalite Yönetim Sorumlusu	Başhekim



KVK KANUNU İLGİLİ KİŞİ BAŞVURU FORMU



Doküman Kodu: KU.FR.09

Yayın Tarihi: 12.02.2021

Revizyon Tarihi: 10.01.2025

Revizyon No:02

Sayfa No: 2 / 6

1. GENEL

Siz ilgili kişiler tarafından 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanununun (“**KVK Kanunu**”) 11. ve 13. maddeleri¹ uyarınca yapılacak başvuruları ivedilikle, etkin ve kapsamlı bir şekilde değerlendirebilmek ve çözümleyebilmek adına, işbu Başvuru Formu², veri sorumlusu **İstanbul Beykent Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim Uygulama ve Araştırma Merkezi** tarafından hazırlanmıştır.

1. BAŞVURU YOLU

Siz ilgili kişiler, KVK Kanunu’nun 11. ve 13. maddeleri uyarınca; veri sorumlusu sıfatı taşıyan İstanbul Beykent Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim Uygulama ve Araştırma Merkezi’ne, KVK Kanunu çerçevesinde belirtilen taleplerinizi yazılı olarak işbu formun doldurulması suretiyle veya Kurulun belirleyeceği diğer yöntemlerle:

- ✓ İlgili kişi başvuru formunun imzalı bir kopyasını “Cumhuriyet Mahallesi. Turgut Özal Bulvarı No:147/1 A Blok Büyükçekmece/İstanbul” adresine şahsen başvurarak ya da özel yetki içeren vekaletname ile yetkilendirilmiş vekil aracılığıyla,
- ✓ İlgili kişi başvuru formunun imzalı bir kopyasını “Cumhuriyet Mahallesi. Turgut Özal Bulvarı No:147/1 A Blok Büyükçekmece/İstanbul” adresine iadeli taahhütlü mektup yoluyla,
- ✓ İlgili kişi başvuru formunun imzalı bir kopyasını kvkk@beykentagizvedis.com e-posta adresine,
- ✓ İlgili kişi başvuru formunun imzalı bir kopyasını beykentunv@hs01.kep.tr e-posta adresine elektronik imzalı olarak

iletebilirsiniz. (Lütfen Başvurunuzu kapalı bir zarf ile ve zarfın üzerinde “6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gönderilmiştir” notunu düşerek gönderiniz.)

2. İLGİLİ KİŞİYE İLİŞKİN BİLGİLER

KVK Kanunu’nun 11. maddesi uyarınca yapacağınız başvurunuzla ilgili olarak, sizleri tanıyabilmemiz ve İstanbul Beykent Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim Uygulama ve Araştırma Merkezi tarafından gerekli araştırma, değerlendirme ve çözümlmeleri yapabilmemiz amacıyla aşağıdaki bilgileri eksiksiz şekilde doldurmanızı rica ederiz:

Ad ve Soyad*	
T.C. Kimlik Numarası*	
Adres*	
Telefon Numarası*	
E-posta Adresi*	
Faks Numarası (isteğe bağlı)	

KVK Kanunu’nun 11. ve 13. maddelerinde belirtilen haklarınızı öğrenmek ve İstanbul Beykent Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim Uygulama ve Araştırma Merkezi’nin veri işleme politikası hakkında detaylı bilgi için, <https://dishastanesi.beykent.edu.tr/> adresinde yer alan Kişisel Verilerin İşlenmesi ve Korunması Politikasını inceleyebilirsiniz.

KVK Kanunu İlgili Kişi Başvuru Formu’nun doldurulması ile ilgili sorularınızın olması halinde [444 20 80] telefon numarası ve kvkk@beykentagizvedis.com e-posta adresi vasıtasıyla bizlere ulaşabilirsiniz.



KVK KANUNU İLGİLİ KİŞİ BAŞVURU FORMU



Doküman Kodu: KU.FR.09

Yayın Tarihi: 12.02.2021

Revizyon Tarihi: 10.01.2025

Revizyon No:02

Sayfa No: 3 / 6

Yukarıda tarafımıza sunmuş olduğunuz kişisel verileriniz, formun değerlendirilebilmesi, sonuçlandırılabilmesi ve sizinle iletişime geçilebilmesi amacıyla alınmakta ve başka amaçlarla veri işlemeye konu olmamaktadır. İstanbul Beykent Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim Uygulama ve Araştırma Merkezi ile olan ilişkinize dair uygun olan seçeneği işaretleyerek, mevcut ilişkinin hâlen devam edip etmediğini aşağıdaki boşlukta belirtiniz.

Hasta

☐

Çalışan Adayı

☐

İş Ortağı

☐

Çalışan

☐

Ziyaretçi

☐

Diğer (Lütfen Belirtiniz _____)

☐

3. İLGİLİ KİŞİNİN TALEPLERİ

İlgili kişi olarak, KVK Kanunu'nun 11. ve 13. maddeleri kapsamında bilgi sahibi olmak istediğiniz durum/durumlar için lütfen aşağıda yer verilen listedeki ilgili kutucuğu işaretleyiniz.

TALEBİNİZ	GEREKEN BİLGİ/BELGE	SEÇİMİNİZ
1. Kişisel verilerimin İstanbul Beykent Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim Uygulama ve Araştırma Merkezi tarafından işlenip işlenmediğini öğrenmek istiyorum.	Özel bir veri türüne dair bilgi almak istiyorsanız lütfen belirtiniz.	☐
2. İstanbul Beykent Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim Uygulama ve Araştırma Merkezi tarafından kişisel verilerimin hangi amaçla işlendiğini öğrenmek istiyorum.	Özel bir veri türüne dair bilgi almak istiyorsanız lütfen belirtiniz.	☐
3. İstanbul Beykent Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim Uygulama ve Araştırma Merkezi tarafından kişisel verilerimin amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenmek istiyorum.	Özel bir veri türüne dair bilgi almak istiyorsanız lütfen belirtiniz.	☐



KVK KANUNU İLGİLİ KİŞİ BAŞVURU FORMU



Doküman Kodu: KU.FR.09

Yayın Tarihi: 12.02.2021

Revizyon Tarihi: 10.01.2025

Revizyon No:02

Sayfa No: 4 / 6

4. Eğer kişisel verilerim yurt içinde veya yurt dışında üçüncü kişilere aktarılıyorsa, aktarılan üçüncü kişileri bilmek istiyorum.	Özel bir veri türüne dair bilgi almak istiyorsanız lütfen belirtiniz.	☐
5. Kişisel verilerimin eksik veya yanlış işlendiği düşünüyorum ve bunların düzeltilmesini istiyorum.	Eksik ve yanlış işlendiğini düşündüğünüz bilgileri ve bu bilgilerin doğrusunun nasıl olması gerektiğini lütfen belirtiniz.	☐
6. Eksik/yanlış işlendiğini düşündüğüm kişisel verilerimin aktarıldığı üçüncü kişiler nezdinde de düzeltilmesini istiyorum.	Eksik ve yanlış işlendiğini düşündüğünüz bilgileri ve bu bilgilerin doğrusunun nasıl olması gerektiğini lütfen belirtiniz.	☐
7. Kişisel verilerimin işlenmelerini gerektiren sebeplerin ortadan kalkması nedeniyle silinmesini/yok edilmesini istiyorum. ³	Bu talebinize konu verilerin hangi veriler olduğunu ve aleyhinize olduğunu düşündüğünüz sonucun ne olduğunu belirtiniz, bu hususlara ilişkin tevsik edici bilgi ve belgelere lütfen Form ekinde yer veriniz.	☐
8. Kişisel verilerimin işlenmelerini gerektiren sebeplerin ortadan kalkması nedeniyle aktarıldıkları üçüncü kişiler nezdinde de silinmesini/yok edilmesini istiyorum. ⁴	Bu talebiniz, kişisel bilgilerinizin yalnızca bir kısmına ilişkin ise bunların hangi veriler olduğunu ve bu talebinizin gerekçesini tevsik edici bilgi ve belgelerle birlikte belirtiniz, bu hususlara ilişkin tevsik edici bilgi ve belgelere lütfen Form ekinde yer veriniz.	☐

³ KVK Kanunu'nun 7/3 maddesi uyarınca, çıkacak yönetmelikle öngörülecek usul ve esaslar saklıdır.

⁴ KVK Kanunu'nun 7/3 maddesi uyarınca, çıkacak yönetmelikle öngörülecek usul ve esaslar saklıdır.



KVK KANUNU İLGİLİ KİŞİ BAŞVURU FORMU



Doküman Kodu: KU.FR.09

Yayın Tarihi: 12.02.2021

Revizyon Tarihi: 10.01.2025

Revizyon No:02

Sayfa No: 5 / 6

9. İstanbul Beykent Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim Uygulama ve Araştırma Merkezi tarafından işlenen kişisel verilerimin münhasıran otomatik sistemler vasıtasıyla analiz edildiğini ve bu analiz neticesinde şahsım aleyhine bir sonuç doğduğunu düşünüyorum. Bu sonuca itiraz ediyorum.	Bu talebinizin gerekçesini ve bilgi alma talebinize ilişkin durumun sonucunu belirtiniz, bu hususlara ilişkin tevsik edici bilgi ve belgelere lütfen Form ekinde yer veriniz. 	
10. Kişisel verilerimin kanuna aykırı işlenmesi nedeniyle uğradığım zararın tazminini talep ediyorum.	Bu talebinizin gerekçesini ve uğradığınızı düşündüğünüz zararı aşağıdaki boşlukta belirtiniz; bu hususlara ilişkin tevsik edici bilgi ve belgelere (Kişisel Verilerin Korunması Kurulu veya mahkeme kararları) lütfen Form ekinde yer veriniz. 	

İlgili kişi adına üçüncü kişiler tarafından yapılacak olan başvurularda, işbu form ile noterce onaylanmış özel yetki içeren vekâletnamenin, velayet/vesayet altında bulunan çocuklar adına yapılacak başvurularda ise işbu form ile velayet/vesayet ilişkisini tevsik edici belgelerin ilgili makamlarca onaylanmış yahut elektronik imzalı bir suretinin tarafımıza gönderilmesi gerekmektedir.

Kişisel verilerinizin güvenliğini sağlamak amacıyla, bilgi edinme başvurunuzun İstanbul Beykent Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim Uygulama ve Araştırma Merkezi'ne ulaştığı tarihten itibaren *en kısa süre* içinde, İstanbul Beykent Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim Uygulama ve Araştırma Merkezi, ilgili kişi olduğunuzu teyit etmek amacıyla sizinle iletişime geçebilecek, bu hususta sizlerden bazı bilgi ve belgeler talep edebilecektir. Bu kapsamda tarafımıza sağlamış olduğunuz bilgi ve belgeler, ilgili kişi olduğunuzun teyit edilmesini müteakip derhal imha edilecektir.⁵

Talep edilen bilgi ve belgelerin eksik olması durumunda, talebinizin değerlendirilebilmesi için talebiniz üzerine bilgi ve belgelerin tamamlanarak tarafımıza iletilmesi gerekmektedir. Bilgi ve belgeler tarafımıza tam olarak iletilene kadar talebin sonuçlandırılmasına ilişkin KVK Kanunu madde 13/2'de belirtilen otuz (30) günlük süre askıya alınacaktır.

4. İLGİLİ KİŞİNİN TALEBİNİN SONUÇLANDIRILMASI

Niteliğine göre talebiniz, KVK Kanunu uyarınca bizlere ulaştığı tarihten itibaren, *en kısa sürede ve en geç otuz (30) gün* içinde

⁵ KVK Kanunu'nun 7/3 maddesi uyarınca, çıkacak yönetmelikle öngörülecek usul ve esaslar saklıdır.



KVK KANUNU İLGİLİ KİŞİ BAŞVURU FORMU



Doküman Kodu: KU.FR.09

Yayın Tarihi: 12.02.2021

Revizyon Tarihi: 10.01.2025

Revizyon No:02

Sayfa No: 6 / 6

cevaplandırılacaktır. Cevaplarımız ve değerlendirmelerimiz, işbu başvuru formundaki seçiminize göre KVK Kanunu'nun 13. maddesi uyarınca yazılı veya elektronik ortam vasıtasıyla tarafınıza iletilecektir. Başvuru sonucunun posta, elektronik posta veya faks yöntemlerinden biriyle iletilmesine ilişkin bir tercihiniz varsa, lütfen aşağıda belirtiniz:

Başvuruma ilişkin sonucun e-posta adresime gönderilmesini istiyorum.	☐
Başvuruma ilişkin sonucun posta aracılığı ile gönderilmesini istiyorum.	☐
Başvuruma ilişkin sonucun faks yolu ile gönderilmesini istiyorum.	☐

Talepleriniz İstanbul Beykent Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim Uygulama ve Araştırma Merkezi tarafından ücretsiz sonuçlandırılacak olup, cevaplama sürecinin ayrıca bir maliyet doğurması halinde, ilgili mevzuat çerçevesinde belirlenen tutarlarda ücret talep edilebilecektir. Talep haklı görülürse ve veri sorumlusunun hatasından kaynaklandığı anlaşılsa, bir ücret alınmışsa bu ücret iade edilecektir.

Bu formdaki kişisel veriler Kanuni zorunluluğun ve hukuki yükümlülüğün yerine getirilmesi amacıyla sınırlı olarak otomatik olmayan yöntemlerle işlenecek olup kanunun Md.5'teki işleme sebepleri ile sınırlı olarak işlenebilecek ve Md.8'de belirtilen sebeplerle ilgili kamu kurum ve kuruluşlara aktarılabilecektir.

5. İLGİLİ KİŞİ BEYANI

KVK 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.

İlgili Kişi	
Adı Soyadı	
Başvuru Tarihi	
İmza	