

İLGİLİ KİŞİ BAŞVURU FORMU**1. Başvuru Yöntemi**

1.1. 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ("**Kanun**") kapsamında, ilgili kişi olarak Kanun'un 11. Maddesinde sayılan haklarınıza dair taleplerinizi, Kanun'un 13. maddesi ile Veri Sorumlusuna Başvuru Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ'in 5. maddesi gereğince, bu form ile aşağıda açıklanan yöntemlerden biriyle bize başvurarak **Gentan Özel Sağlık Hizmetleri Anonim Şirketi ("Gentan")** iletebilirsiniz.

	BAŞVURU YÖNTEMİ	BAŞVURU YAPILACAK ADRES	BAŞVURUDA GÖSTERİLECEK BİLGİ
Yazılı Başvuru	Islak imzalı şahsen başvuru veya Noter vasıtasıyla	Kazımdirik Mah. Üniversite Cad. No:79/11 Bornova / İzmir	Zarfın/tebligatın üzerine " Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamında Bilgi Talebi " yazılmalıdır.
Kayıtlı Elektronik Posta (KEP) Yoluyla	Kayıtlı elektronik posta (KEP) adresinizi kullanarak	gentansaglik@hs01.kep.tr	E-posta'nın konu kısmına " Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Bilgi Talebi " yazılmalıdır.
Sistemimizde Bulunan Elektronik Posta Adresi ile Başvuru	Şirketimizin sisteminde kayıtlı bulunan elektronik posta adresiniz kullanılmak suretiyle	gentan@gentan.com	E-posta'nın konu kısmına " Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Bilgi Talebi " yazılmalıdır.
Sistemimizde Bulunmayan Elektronik Posta Adresi ile Başvuru	Mobil imza/e-imza içerecek biçimde Şirketimizin sisteminde bulunmayan elektronik posta adresinizi kullanmak suretiyle	gentan@gentan.com	E-posta'nın konu kısmına " Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Bilgi Talebi " yazılmalıdır.

 Genetik Hastalıklar Değerlendirme Merkezi	Doküman No	Yürürlük Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
	GNT.İDM.FR.28	24.04.2021	00	-	2 / 3
	İLGİLİ KİŞİ BAŞVURU FORMU				

2. Kimlik ve İletişim Bilgileriniz

Lütfen sizinle iletişime geçebilmemiz ve ilgili kişi olarak kimliğinizi doğrulayabilmemiz için lütfen aşağıdaki alanları doldurunuz.

Ad-Soyad	:	
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. Şirketimiz ile İlişkiniz

Lütfen yandaki seçeneklerden birini işaretleyin veya "Diğer" seçeneğinde belirtin.	Çalışan Adayı	Hissedar / Ortak
	Çalışan	Potansiyel Ürün veya Hizmet Alıcısı
	Eski Çalışan	Veli / Vasi / Temsilci
	Tedarikçi Çalışanı	Ziyaretçi
	Tedarikçi Yetkilisi	Diğer (lütfen belirtiniz)

 Genetik Hastalıklar Değerlendirme Merkezi	Doküman No	Yürürlük Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
	GNT.İDM.FR.28	24.04.2021	00	-	3 / 3
	İLGİLİ KİŞİ BAŞVURU FORMU				

4. Talep Konusu

Kişisel verilerinize ilişkin talebinizi aşağıda açıkça yazmanızı rica ederiz. Başvuru konusuna ilişkin bilgi ve belgeler başvurunuza eklenmelidir.

5. Yanıtın Tarafınıza Bildirilme Yöntemi

- Yanıtın 2. bölümde belirttiğim posta adresime gönderilmesini istiyorum.
- Yanıtın 2. bölümde belirttiğim elektronik posta adresime gönderilmesini istiyorum.
- Yanıtın 2. bölümde belirttiğim faks numarama gönderilmesini istiyorum.

Yukarıda belirttiğim talepler doğrultusunda, Şirket'e yapmış olduğum başvurumun Kanun'un 13. maddesi uyarınca değerlendirilerek tarafıma bilgi verilmesini rica ederim.

İşbu başvuruda tarafınıza sağlamış olduğum bilgi ve belgelerimin doğru ve güncel olduğunu, Şirket'in başvurumu sonuçlandırabilmek adına ilave bilgi talep edebileceğini ve talebimin karşılanmasında yapılacak işlemlerin ayrıca bir maliyet gerektirmesi halinde Kişisel Verileri Koruma Kurulu tarafından belirlenen ücreti ödemem gerekebileceği hususunda aydınlatılmış olduğumu beyan ve kabul ederim.

6. Başvuruda Bulunan İlgili Kişi

Adı-Soyadı	
Başvuru Tarihi	
İmza	