

BETA SAĞLIK HİZMETLERİ LTD. ŞTİ.

BAHÇELİEVLER MH. İZZETTİN ÇALIŞLAR CADDESİ NO.40/A
BAHÇELİEVLER İSTANBUL

BAŞVURU FORMU

1-İlgili kişinin bilgileri;

Adı, Soyadı, T.C. :
Telefon numarası :
E-posta adresi :
Adres :

2.Firma ile olan ilişkinizi belirtiniz.

Çalışan

Müşteri/Hasta

Ziyaretçi

Stajyer

Eski Çalışan

Diğer

3-Talebinizi ve bilgi almak istediğiniz konuları belirtiniz.

Firmanızın kişisel verimi işleyip işlemediğini öğrenmek istiyorum.

Firmanız kişisel verimi işlenmiş ise hangi kişisel verimin işlendiğini öğrenmek istemiştir.

İşlediğiniz kişisel verimi paylaşıyor musunuz? Eğer paylaşıyorsanız kimlerle paylaşıyorsunuz.

Eğer eksik veya yanlış işlenmiş kişisel veriniz varsa düzeltilecek şekilde belirtiniz veya silinmesini istediğiniz kişisel verinizi yazınız. Veya başkaca talepleriniz varsa belirtiniz.

4-Firma tarafından başvurunuza hangi yolla cevap verilmesini istediğinizi belirtiniz.

Adresime gönderilsin.

E-posta adresine gönderilsin.

Elden teslim alacağım.

5-Firmamız, müracaatınız ile ilgili olarak eksik veya yanlış bilgi verilmesi halinde sizlerden ilave bilgi ve belge talep etme hakkı vardır.

6-Başvuru formu ile ilgili verdiğim bilgilerin doğru ve güncel olduğunu, yetkisiz başvuru yapmadığımı, aksi hallerde her türlü hukuki ve cezai sorumluluğun bana ait olduğunu kabul ve taahhüt ederim.

../.../20...

İlgili Kişinin
Ad, Soyadı, imza