



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
KİŞİSEL VERİLERİ KORUNMASI KANUNU UYARINCA
BAŞVURU FORMU

Kalite
Yönetim
Birimi

TARİH

A. Başvuruda bulunan veri sahibinin iletişim bilgileri:

Adı, Soyadı _____

Doğum Tarihi _____

T.C Kimlik No _____

Cep Telefon No _____

Adres _____

E-posta _____

B. Başvuruyu veri sahibi adına yapan yetkili kişinin iletişim bilgileri:

Adı, Soyadı _____

Doğum Tarihi _____

T.C Kimlik No _____

Cep Telefon No _____

Adres _____

E-posta _____

C. Lütfen aşağıdaki seçeneklerden kurumumuzla olan ilginize uygun olanı işaretleyiniz.

Hasta/Hasta Yakını Çalışan/Eski Çalışan/Aday Tedarikçi/Firma

Kocaeli Üniversitesi Hastanesinde sağlık hizmeti alanlar dolduracaktır.

Ayakta Tedavi oldum Ameliyat oldum
 Yatarak Tedavi oldum Diğer.....
 Hizmet Alınan Sağlık Birimleri:.....

Kocaeli Üniversite Hastanesinde çalışanlar dolduracaktır.

Mevcut Çalışanım Eski çalışmam / Çalıştığım Yıllar..... Diğer.....

D. Lütfen Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamındaki talebinizi detaylı olarak belirtiniz.

.....

.....

E. Lütfen başvurunuza vereceğimiz yanıtın tarafınıza bildirilme yöntemini seçiniz.

E-posta adresime gönderilmesini istiyorum.

Elden teslim almak istiyorum.

Talep eden tarafından doldurulacaktır.

Başvuru Tarihi _____

Başvuranın Adı Soyadı _____

İmzası _____

Hastane tarafından doldurulacaktır.

Tarih _____

Teslim Alan Adı Soyadı _____

İmzası _____