

**SAKARYA DIŞ HEKİMLERİ ODASI**  
**KİŞİSEL VERİLERİ KORUMA KANUNU**  
**BİLGİ TALEP FORMU**

**1. GENEL AÇIKLAMALAR**

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nda ("**Kanun**") "ilgili kişi" olarak tanımlanan kişisel veri sahiplerine, Kanun'un 11'inci maddesinde kişisel verilerinin işlenmesine ilişkin birtakım taleplerde bulunma hakkı tanınmıştır. Başvurunuzun veri sorumlusu sıfatıyla Sakarya Diş Hekimleri Odası ("**Sakarya Dişhekimleri Odası**") tarafından sağlıklı bir biçimde değerlendirilebilmesi için Başvuru Formu'nun ve talebinizin niteliğine göre sizlerden istenen bilgi ve belgelerin eksiksiz ve doğru olarak tarafımıza sağlanması gerekmektedir.

İşbu Başvuru Formu ile talep edilen bilgi ve belgelerde eksiklik olması durumunda tarafınızla iletişime geçilerek ilgili eksikliği en kısa sürede giderilmesi talep edilecektir.

**2. BAŞVURU YÖNTEMİ**

Kanun'un 13'üncü maddesi ile Kişisel Verileri Koruma Kurumu tarafından yayımlanan Veri Sorumlusuna Başvuru Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ'in ("**Tebliğ**") 5. maddesi çerçevesinde, Kanun'un 11. maddesinde sayılan haklarınız ile ilgili taleplerinizi aşağıda açıklanan yöntemlerden biriyle odamıza iletebilirsiniz.

Başvuru Yöntemi	Başvurunun İletileceği Adres
Posta ile	Yenidođan Mah. Milli Egemenlik Cd. Hacı Sadık İş Merkezi D:No:63/101, 54100 Adapazarı/SAKARYA
E- Posta ile	bilgi@sdo.org.tr
Noter Vasıtası ile	Yenidođan Mah. Milli Egemenlik Cd. Hacı Sadık İş Merkezi D:No:63/101, 54100 Adapazarı/SAKARYA

Kanun'un 13'üncü maddesinin 2'inci fıkrası uyarınca, tarafımıza iletilen başvurularınız talebin niteliğine göre bizlere ulaştığı tarihten itibaren en geç otuz gün içinde yanıtlandırılacaktır. Başvurunuzla ilişkin yanıtımız aşağıda sizler tarafından belirlenecek iletişim tercihi ile tarafınıza ulaştırılacaktır.

**3. İLGİLİ KİŐİYE İLİŞKİN BİLGİLER**

**a. Kimlik ve İletişim Bilgileri**

<b>İsim Soyisim</b>	
<b>T.C. Kimlik Numarası</b> (T.C. Vatandaşı değilseniz pasaport numarası veya varsa kimlik numarası)	
<b>Fax Numarası</b>	
<b>E-Posta Adresi</b>	
<b>İletişim Adresi</b> (Yerleşim Adresi veya İş Yeri Adresi)	

**b. İlgili Kişinin Sakarya Diş Hekimleri Odası ile İlişkisi**

Odamız ile olan ilişkinize göre aşağıda kategorilerden birini seçiniz.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Çalışan Adayı          | <input type="checkbox"/> Çalışan                   |
| <input type="checkbox"/> Ziyaretçi              | <input type="checkbox"/> Tedarikçi Yetkilisi       |
| <input type="checkbox"/> Veli/Vasi/Temsilci     | <input type="checkbox"/> Oda Üyesi Dış Hekimi      |
| <input type="checkbox"/> Şikayette Bulunan Kişi | <input type="checkbox"/> Gönderici Alıcısı Yetkili |
| <input type="checkbox"/> Bursiyer               | <input type="checkbox"/> Diğer                     |

#### 4. BAŞVURUYA İLİŞKİN AÇIKLAMALAR

##### a. Talep Konusu

Başvurunuzun aşağıda sıralanan haklardan hangisi/leri ile bağlantılı olduğunu seçiniz.

Kişisel verinizin işlenip işlenmediğini öğrenme,	
Kişisel verileriniz işlenmişse buna ilişkin belge talep etme,	
Kişisel verilerinizin işlenme amacını ve bunların amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenme,	
Yurt içinde veya yurt dışında kişisel verilerin aktarıldığı üçüncü kişileri bilme	
Kişisel verilerin eksik veya yanlış işlenmiş olması hâlinde bunların düzeltilmesini isteme,	
Kanun'un 7. maddesinde öngörülen şartlar çerçevesinde kişisel verilerin silinmesini veya yok edilmesini isteme,	
Kanun'un 11. maddesinin (d) ve (e) bentleri uyarınca yapılan işlemlerin, kişisel verilerin aktarıldığı üçüncü kişilere bildirilmesini isteme,	
Kişisel verilerinizin münhasıran otomatik sistemler vasıtasıyla analiz edilmesi suretiyle aleyhinize bir sonuç doğurması durumunda itiraz etme,	
Kişisel verilerinizin ilgili mevzuata aykırı olarak işlenmesi sebebiyle herhangi bir zarara uğramanız hâlinde zararın giderilmesini talep etme.	

##### b. Açıklamalar

Başvuruunuza ilişkin açıklamalarımızı aşağıda belirtiniz.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

İsim- Soyisim :

Tarih :

Telefon No. :

İmza :