

| | | | |
|---|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
|  DeltaPV <small>İLAÇ DAVRANIŞI SAĞLIK ÜRÜN VE HİZ. TİC. A.Ş.</small> | VERİ SAHİBİ BAŞVURU FORMU | Doküman Numarası: VG-FR.01 | Güncel Versiyon: 00 |
| | | Yürürlük Tarihi: 26.02.2019 | Sayfa Numarası: 1 / 4 |

1. BAŞVURU YÖNTEMİ

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun ("Kanun") 11. maddesinde belirtilen haklarınız kapsamındaki taleplerinizi, Kanun'un 13. maddesi ile Veri Sorumlusuna Başvuru Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ'in 5. maddesi gereğince, bu form ile birlikte aşağıda açıklanan yöntemlerden biriyle DeltaPV'ye iletebilirsiniz.

| Başvuru Yöntemi | Başvuru Yapılacak Adres | Başvuruda Belirtilecek Bilgi |
|---|--|---|
| Islak imzalı şahsen başvuru veya Noter vasıtasıyla tebligat | İçerenköy Mah. Üsküdar- İçerenköy Yolu Cad. No:8/19 Atasehir/ İstanbul | Zarfın/tebligatın üzerine "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamında Bilgi Talebi" yazılacaktır. |
| Kayıtlı elektronik posta (KEP) adresi ile | deltapvilac@hs05.kep.tr | E-posta'nın konu kısmına "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamında Bilgi Talebi" yazılacaktır. |
| Mobil imza/e-imza içerecek biçimde elektronik posta ile | kvk@deltapv.com | E-posta'nın konu kısmına "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Bilgi Kapsamında Talebi" yazılacaktır. |

2. KİŞİSEL VERİ SAHİBİ İLGİLİ KİŞİ İLE İLGİLİ BİLGİLER

| | |
|---|--|
| Adınız ve Soyadınız* | |
| T.C. Kimlik No (Yabancı ise uyruk ve pasaport no.) * | |
| Telefon Numarası* | |
| Adres* | |
| E-posta* | |

(* işaretli alanların doldurulması zorunludur. T.C. vatandaşı olmayan yabancıların uyruğunu ve pasaport numaralarını yazmaları gerekmektedir.)

3. VERİ SAHİBİNİN DELTAPV İLE İLİŞKİSİ

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hasta <input type="checkbox"/> Sağlık Mesleği Mensubu <input type="checkbox"/> Müşteri <input type="checkbox"/> Ziyaretçi <input type="checkbox"/> Üçüncü firma çalışanı <input type="checkbox"/> Diğer (Lütfen Belirtiniz) _____ | Şirket içerisinde iletişimde olduğunuz birim(varsa): _____ Konu: _____ |
|--|---|

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Çalışan <input type="checkbox"/> Eski Çalışan | DeltaPV çalışanı veya eski çalışanı iseniz lütfen pozisyon ve çalışma tarihlerinizi belirtiniz: _____ |
|---|--|

4. KULLANILACAK HAKKIN SEÇİMİNE İLİŞKİN BİLGİLER

Lütfen talebinize ilişkin kutucuğu/kutucukları işaretleyiniz.

- Kişisel verilerimin işlenip işlenmediğini öğrenmek istiyorum.
- Kişisel verilerim işleniyorsa bu veri işleme faaliyetleri hakkında bilgi talep ediyorum.
- Kişisel verilerim işleniyorsa bunların işlenme amacını ve işlenme amacına uygun kullanılıp kullanmadığını öğrenmek istiyorum.
- Kişisel verilerim yurtiçinde veya yurtdışında üçüncü kişilere aktarılıyorsa bu üçüncü kişileri bilmek istiyorum.
- Kişisel verilerimin eksik veya yanlış işlendiği düşünüyorum ve bunların düzeltilmesini istiyorum.
- Kişisel verilerimin kanun ve ilgili diğer kanun hükümlerine uygun olarak işlenmiş olmasına rağmen, kişisel verilerimin silinmesini veya anonimleştirilmesini istiyorum.
- Eksik ve yanlış işlendiğini düşündüğüm kişisel verilerimin aktarıldığı üçüncü kişiler nezdinde de düzeltilmesini istiyorum.
- Silinmesini veya anonimleştirilmesini talep ettiğim kişisel verilerimin aktarılan üçüncü kişiler nezdinde de silinmesini veya anonimleştirilmesi istiyorum.
- Kişisel verilerimin kanuna aykırı olarak işlenmesi sebebiyle zararımın giderilmesini talep ediyorum.



VERİ SAHİBİ BAŞVURU FORMU

Doküman Numarası:
VG-FR.01

Güncel Versiyon:
00

Yürürlük Tarihi:
26.02.2019

Sayfa Numarası:
3 / 4

5. TALEBİNİZ HAKKINDA AÇIKLAMALAR

Lütfen Kanun kapsamındaki talebinizi ve talebinize konu olan kişisel verileri detaylı olarak belirtiniz.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. EKLER

Lütfen başvurunuza dayanak göstermek istediğiniz belge varsa belirtiniz.

.....

.....

.....

.....

7. LÜTFEN BAŞVURUNUZA VERECEĞİMİZ YANITIN TARAFINIZA BİLDİRİLME YÖNTEMİNİ SEÇİNİZ

- Adresime posta yoluyla gönderilmesini istiyorum.
- Elektronik formatta e-posta adresime gönderilmesini istiyorum.

8. BAŞVURUYA İLİŞKİN AÇIKLAMALAR

DeltaPV, veri sahibinin başvuru hakkını kullanabilmesi için sağlanan bilgileri saklı tutacak ve bu bilgileri yalnızca gerekli olan hallerde kanunen yetkili kişi ve kurumlarla paylaşacaktır. Başvurunuz ile sağladığınız kişisel veriler, DeltaPV saklama politikası uyarınca gerekli olduğu süre saklanacak ve güvenli bir şekilde imha edilecektir.

Talebinizle ilgili kişisel verileri size açıklamadan önce kimliğinizi tespit edici bilgilerin ve başkası adına başvuruda bulunuyorsanız temsile yetkili olduğunuzu gösterir belgelerin başvuru formu ile tarafımıza iletilmesi gerekmektedir. Kimliğinizin tespit edileceği belgeler, nüfus cüzdanınız, pasaportunuz gibi belgelerin suretleri olabilecektir. Başkası adına başvuruda bulunmaktaysanız, başvuru yapmaya yetkili olduğunuzu gösteren belgeler, kişisel veri sahibinin velisi/ vasisi olduğunuzu gösterir belge, vekaletname gibi belgelerdir.

| | | | |
|---|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
|  DeltaPV <small>İLAÇ DANIŞMANLIK SAĞLIK ÜRÜN VE HİZ. TİC. A.Ş.</small> | VERİ SAHİBİ BAŞVURU FORMU | Doküman Numarası: VG-FR.01 | Güncel Versiyon: 00 |
| | | Yürürlük Tarihi: 26.02.2019 | Sayfa Numarası: 4 / 4 |

Başvurunuzda yer alan talepler, talebin niteliğine göre en kısa sürede ve en geç otuz gün içinde ücretsiz olarak sonuçlandırılacaktır. Ancak, işlemin ayrıca bir maliyeti gerektirmesi hâlinde, Kurulca belirlenen tarifedeki ücret alınabilir.

9. BEYAN

Başvuru formunun şartlarını okuduğumu, anladığımı ve bu başvuruda verilen bilgilerin doğru olduğunu beyan ediyorum. Talebime ilişkin daha ayrıntılı bilgi gerekirse, bu hallerde ek evrak ve belge sunmam gerekebileceğini biliyorum.

| | |
|--|--|
| Ad/Soyad | |
| Başvuru Tarihi | |
| Başkası Adına Başvuruyorsanız, Başvuruda Bulduğunuz Kişinin Adı ve Soyadı | |
| Tarih ve İmza | |