V E R İ S A H İ B İ B A Ş V U R U F O R M U

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun ("KVKK") 11. Maddesinde sayılan haklarınıza ilişkin taleplerinizi işbu Veri Sahibi Başvuru Formunu doldurarak altı imzalı bir şekilde elden, postayla veya Noter kanalıyla

- Bayır Mah. Kemal Güneş Cad. Halkbank Üstü No:120 Kat:2 Merkez/KARABÜK adresine ya da tarafımıza önceden bildirdiğiniz ve sistemimizde kayıtlı elektronik posta adresiniz üzerinden denticity@gmail.com adresine iletmeniz gerekmektedir.

adresine ulaştırmanız halinde talebiniz en geç otuz gün içinde yanıtlandırılacaktır.

Başvuru Yapan Veri Sahibinin;

AD- SOYAD	
T.C KİMLİK NUMARASI	
TEBLİGAT ADRESİ	
TELEFON NUMARASI	
E- POSTA ADRESİ	
ŞİRKETLE OLAN İLİŞKİSİ	Çalışan ( ) Eski Çalışan ( ) Ziyaretçi ( ) Hasta ( ) Tedarikçi ( ) Diğer ( ) ……

KVKK Kapsamındaki Talebiniz:

Lütfen KVKK'nın 11. Maddesinde belirtilen haklarınıza ilişkin taleplerinizi açık bir şekilde belirtiniz.

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Yukarıdaki taleplerim doğrultusunda, Şirketinize yapmış olduğum başvurumun KVKK'nın 13. maddesi uyarınca değerlendirilerek tarafıma bilgi verilmesini talep ederim.

Başvuruya Verilecek Yanıtın Tarafınıza Bildirilme Yöntemi :

Lütfen yapmış olduğunuz başvuruya karşı şirketimizin vereceği yanıtın hangi kanalla size bildirilmesini istediğinizi seçiniz.

☐ Yukarıda vermiş olduğum tebligat adresime gönderilmesini istiyorum.

☐ Yukarıda vermiş olduğum e-posta adresime gönderilmesini istiyorum.

İşbu başvuru formunda tarafınıza bildirmiş olduğum bilgi ve belgelerin doğru ve güncel olduğunu, Şirketinizin başvurumu sonuçlandırabilmek adına ilave bilgi talep edebileceğini ve ayrıca bir maliyet gerektirmesi halinde Kurul tarafından belirlenen ücreti ödemem gerekebileceği hususunda aydınlatıldığımı beyan ve taahhüt ederim.

Başvuru Sahibinin;

Ad-soyad
tarih
imza