# Prof.Dr. Birol Civelek Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi

**İLGİLİ KİŞİ BAŞVURU FORMU**

***ÖNEMLİ NOT:*** *Başvurular, kişinin şahsına ait olmalıdır. Eş, yakın, çocuk vs. adına başvuru yapılamaz. Merkez, başvuru sahibinin kimliğinden şüphelenirse buna ilişkin doğrulama bilgilerini kişiden talep edebilir. Form kapsamında iletmekte olduğunuz taleplerinize ilişkin bilgilerin doğru ve güncel olmaması ya da yetkisiz bir başvuru yapılması halinde Muayenehanemiz, söz konusu yanlış bilgi ya da yetkisiz başvuru kaynaklı taleplerden dolayı mesuliyet kabul etmemektedir.*

1. **BAŞVURU SAHİBİNE İLİŞKİN BİLGİLER**

Aşağıdaki bilgileri eksiksiz doldurunuz:

|  |  |
| --- | --- |
| Adı Soyadı |  |
| T.C. Kimlik Numarası  |  |
| Adres |  |
| Cep Telefonu  |  |
| E-Posta Adresi  |  |
| Muayenehane İle Olan İlişkiniz |  ⃝ Hasta |  ⃝ Hasta Yakını |  ⃝ Çalışan |  ⃝Diğer: … |
|  ⃝Çalışan adayı |  ⃝ Tedarikçi |  ⃝ TedarikçiÇalışanı |  |
| Muayenehane İle Olan İlişkiniz Sona Erdi mi? |  |

1. **BAŞVURU SAHİBİNİN TALEPLERİ**

Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında talebinizi detaylı olarak aşağıda belirtiniz:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Varsa başvurunuza temel oluşturan belgeleri belirtiniz:

**Ek-1:**……………………………………

**Ek-2:**……………………………………

**Ek-3:**……………………………………

1. **BAŞVURU SAHİBİNİN BEYANI**

Yukarıda belirtilen talepler doğrultusunda, Muayenehanenize yapmış olduğum başvurumun değerlendirilerek tarafıma bilgi verilmesini rica ederim.

Bu başvuruda tarafınıza sağlamış olduğum belge ve bilgilerimin doğru ve güncel olduğu, şahsıma ait olduğunu beyan ve taahhüt ederim. Başvuru formunda sağlamış olduğum bilgi ve belgelerin yapmış olduğum başvurunun değerlendirilmesi, cevaplandırılması, başvurumun tarafıma ulaştırılması, kimliğimin ve adresimin tespiti amaçlarıyla sınırlı olarak Muayenehaneniztarafından işlenmesine izin veriyorum.

**Başvurunun aşağıda işaretlediğim yollardan biriyle cevaplandırılmasını istiyorum**

|  |  |
| --- | --- |
| ⃝ | Cevabın Başvuru Formunda belirtmiş olduğum adresime gönderilmesini talep ederim.  |
| ⃝ | Cevabın Başvuru Formunun belirtmiş olduğum elektronik posta adresime gönderilmesini talep ederim. (*E-posta yöntemini seçmeniz halinde size daha hızlı yanıt verebileceğiz*.) |
| ⃝ | Elden teslim almak istiyorum. (*Vekâleten teslim alınması durumunda noter tasdikli vekaletname veya noter tasdikli yetki belgesi olması gerekmektedir. Kişinin eşi, babası gibi yakınlarına asla bilgi verilmemektedir*.) |

Başvuruda Bulunan (Kişisel Veri Sahibi) İlgili Kişinin Adı Soyadı:

Başvuru Tarihi: