

## KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU UYARINCA BAŞVURU FORMU

### A. Başvuruda bulunan veri sahibinin iletişim bilgileri:

Adı Soyadı : .....  
Doğum Tarihi ve T.C. Kimlik No : ...../...../.....  
Telefon Numarası : .....  
E-posta Adresi : .....  
Adres : .....

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

*(Bu bölüm eğer veri sahibi kişi ile başvuruyu yapan kişi farklı ise doldurulacaktır, başvuru vekil veya temsilci aracılığı ile yapılıyor ise, başvuru formuna yetkili kişinin vekaletname veya yetki belgesinin bir örneği mutlaka eklenmelidir.)*

Adı Soyadı : .....  
Doğum Tarihi ve T.C. Kimlik No : ...../...../.....  
Telefon Numarası : .....  
E-posta Adresi : .....  
Adres : .....

### C. Lütfen Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamındaki talebinizi detaylı olarak belirtiniz:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### D. Lütfen başvurunuza vereceğimiz yanıtın tarafınıza bildirilme yöntemini seçiniz:

- Adresime gönderilmesini istiyorum.  
 E-posta adresime gönderilmesini istiyorum.  
 Elden teslim almak istiyorum.

*(Başvuru cevabı vekaleten teslim alınacak ise, yetkili kişinin vekaletname veya yetki belgesinin aslını ibraz etmesi zorunludur.)*

## E. Açıklama

Bu form, Medicopin LLC tarafından otomatik olmayan yollarla işlenen kişisel verilerle ilgili bilgi talep etme konusunda yetkili kişi olup olmadığınızı belirlemek ve yetkili kişi olmanız halinde şirketimize yapacağınızı başvuruya yasal süre içerisinde doğru ve eksiksiz bir şekilde cevap verebilmek için düzenlenmiştir.

Bu formu doldurarak, imzalı bir örneğini “Maslak Mahallesi, Meydan Sokak, 5/29B Spring Giz Plaza Sarıyer/İSTANBUL-TÜRKİYE” adresine bizzat teslim edebilir, noter kanalıyla gönderebilir veya support@medicopin.com adresine imzalı olarak iletebilirsiniz. Medicopin LLC, bilgi talep eden kişilerin yetkili kişi olup olmadığını tespit edebilmek ve işlenen verilerin hukuka aykırı yollarla, haksız bir şekilde ele geçirilmesini önleyebilmek için (güvenlik amaçlı olarak) başvuruculardan kimlik fotokopisi vb. ek bilgi ve evraklar talep edebilir.

Başvuru formuna girdiğiniz her türlü bilgi ve taleplerinizin doğru ve güncel olduğu kabul edilecektir. Bilgi ve taleplerin doğru ve güncel olmamasından, yetkisiz bir kişi tarafından başvuru yapılmasından veya cevaplarımızı başvuru formunda bildirdiğiniz adresinize ilettiğimiz halde tarafınıza ulaşmamasından kaynaklanacak aksaklıklardan dolayı Medicopin LLC.’ye herhangi bir sorumluluk yüklenemeyecektir

**Başvuru Tarihi :** ...../...../.....

**Başvuranın Adı Soyadı:** ..... **İmzası:** .....

*Medicopin LLC tarafından doldurulacaktır.*

**Tarih:** ...../...../.....

**Başvuranın Adı Soyadı:** ..... **İmzası:** .....