

**KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU KAPSAMINDA
AÇIK RIZA BEYANI**

Dr.Mustafa Enverbey Caddesi Kültür Mahallesi No.17 K.1 D.4 Alsancak- Konak / ZM R adresinde Kadın Doğum ve Akapunktur Faaliyetleri kapsamında Dr.A.DR.      HAM D  tarafından, 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun ilgili hükümlerine uygun olarak bilginize sunulan, Genel Aydınlatma Metni ve Kişisel Verilerin İşlenmesi Politikası çerçevesinde, Kişisel verilerinin veri sorumlusu sıfatıyla veya gerekli güvenlik tedbirlerini ald rmak suretiyle yetkilendirdiği veri işleyenler tarafından;

DR.      HAM D 'nin hastalarına tedavi amaçlı doğrudan veya dolaylı olarak ilgili olan kimlik bilgilerinin, adres bilgilerinin, iletişim bilgilerinin ve sair kişisel veriler ile özel nitelikteki kişisel verilerin; başta mevzuatta öngörülen veya işlendikleri amaç için gerekli olan süre kadar muhafaza edilme ilkesi olmak üzere 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun 4. maddesinde ifade edilen genel ilkelere uygun şekilde işlenebileceğini, elde edilebileceğini, kaydedilebileceğini, işlenme amacıyla uygun süre zarfında fiziksel veya elektronik ortamda güvenli bir şekilde depolanabileceğini, muhafaza edilebileceğini, değiştirilebileceğini, yeniden düzenlenebileceğini, mevzuata uygun biçimde açıklanabileceğini ve aktarılabilceğini, devralınabileceğini, sınıflandırılabilceğini, işlenebileceğini ya da verilerin kullanılmasının engellenebileceğini, yine işlenme amacına ve kanunlara uygun olarak sms, e-posta, telefon, faks ve diğer elektronik iletişim araçları ile iletiler gönderilmesine rızam olduğunu yukarıda belirtilen hususlarla ilgili olarak DR.      HAM D  tarafından bilgilendirildiğimi ve KVK Kanunu çerçevesinde açık rızam bulunduğunu kabul ve beyan ederim.

İşbu  zel nitelikteki kişisel verilerim dahil olmak üzere kişisel verilerimin, yukarıda belirtilen amaçlarla bağlı kalmak kaydıyla, DR.      HAM D  tarafından; çalışanlarına, görevlilerine, başta yetkili kamu kurum ve kuruluşlarına, faaliyetlerini yürütebilmek amacıyla, hukuki zorunluluklar ve yasal sınırlamalar çerçevesinde, tarafıma verilecek hizmetlerin ve/veya faaliyetlerin yürütülmesi için DR.      HAM D 'nin hizmet aldığı veya birlikte çalıştığı iş ortaklarına ve hizmet sağlayıcılarına aktarılabilceğini ve bu hususta açık rızam olduğunu kabul ve beyan ederim.

KVK Kanunu'nda tanımlanan özel nitelikli kişisel verilerim de dahil olmak üzere ilgili kişisel verilerimin işlenmesine, ilgili süreç kapsamında işlenme amacı ile sınırlı olmak üzere kullanılmasına ve paylaşılmamasına, gereken süre zarfında saklanması açık rızam olduğunu ve bu hususta tarafıma gerekli aydınlatmanın yapıldığını; işbu metni, DR.      HAM D  'nin Kişisel Verilerin Korunması ve İşlenmesi Politikasını ve Aydınlatma Beyanını okuduğumu ve anladığımı kabul ediyorum.

Adı Soyadı :

Tarih ve İmza :