
	ФОРМА ЗАЯВКИ В СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОМ О ЗАЩИТЕ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ			 T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
	Код документа: HD.FR.09	Дата публикации: 12.04.2018	Номер редакции: 00	

Дата заявки: / /

- Собственный "Запрос персональных данных" (раздел А будет заполнен)
- В случае "Запроса персональных данных", принадлежащих кому-либо другому (родители или опекун, если они не получили его в возрасте до 19 лет, опекун, если он находится под опекой, лица, которым заинтересованное лицо предоставило явную доверенность на это) (раздел В будет заполнен)

А. КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ЛИЦА, ПОДАВШЕГО ЗАЯВКУ:

Имя и фамилия			Подпись	
Дата рождения / /	номер паспорта		
Телефон				
Адрес электронной почты				
Адрес				

В. ВЛАДЕЛЕЦ ЗАПРАШИВАЕМЫХ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ:

Имя и фамилия			Подпись	
Дата рождения / /	номер паспорта		
Телефон				
Адрес электронной почты				
Адрес				



С. ПОЖАЛУЙСТА, УКАЖИТЕ ВАШИ ОТНОШЕНИЯ С Больницей ХУМА.

(Например, пациент, бывший сотрудник, третья сторона, сотрудник компании, предоставляющей услуги больнице Huma)

Будет заполнена, получающими медицинскую помощь в Больница Хума

- Лечился без госпитализации (поликлиника, Скорая помощь)
- Лечился в стационаре
- Мне сделали операцию.
- Другие:.....

Обслуживаемые медицинские учреждения:

	ФОРМА ЗАЯВКИ В СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОМ О ЗАЩИТЕ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ			
Код документа: HD.FR.09	Дата публикации: 12.04.2018	Номер редакции: 00	Дата пересмотра:-	Номер страницы: 2 / 3

.....

.....

Для тех, кто работает в больнице Хума

- Нынешний сотрудник
- Бывший сотрудник / Годы работы :
- Другие:

D. ПОЖАЛУЙСТА, ПОДРОБНО ИЗЛОЖИТЕ СВОЙ ЗАПРОС В СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОМ О ЗАЩИТЕ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

E. ПОЖАЛУЙСТА, ВЫБЕРИТЕ СПОСОБ УВЕДОМЛЕНИЯ О НАШЕМ ОТВЕТЕ НА ВАШЕ ЗАЯВЛЕНИЕ:

- Я хочу, чтобы он был отправлен на мой адрес.
- Я хочу, чтобы он был отправлен на мой адрес электронной почты.
- Я хочу получить его из рук в руки. (В случае запроса доверенности необходимо иметь доверенность или документ, подтверждающий полномочия уполномоченного лица.)



F. ОПИСАНИЕ

Заполнив эту форму,

- Подписанный экземпляр: может доставить его лично и отправить по нотариальному каналу, Тажжеттинвели ул. Бульвар Сейида Бурханеттина № 58 Меликгази / Кайсери может доставить его лично и отправить по нотариальному каналу,

Эта форма заявки, которую вы заполнили, была составлена таким образом, чтобы, определяя ваши отношения с больницей ХУМА, вы могли получить полный и точный ответ на ваше соответствующее заявление в отношении ваших персональных данных, обработанных больницей ХУМА, если таковые имеются, правильно и в установленные законом сроки. Для устранения юридических рисков, которые могут возникнуть в результате незаконного и неправомерного обмена данными, и, в частности, для обеспечения безопасности ваших персональных данных, больница Н ОКТЯБРЕ оставляет за собой право запрашивать дополнительные документы и информацию (например, удостоверение личности или копию водительских прав) для идентификации и авторизации.

В случае, если информация о ваших запросах, которые вы отправляете в соответствии с Формой, является неточной и устаревшей, или если подана несанкционированная заявка, Больница НУМА не несет ответственности за такую ложную информацию или запросы, вызванные

	ФОРМА ЗАЯВКИ В СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОМ О ЗАЩИТЕ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ			 T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
Код документа: HD.FR.09	Дата публикации: 12.04.2018	Номер редакции: 00	Дата пересмотра:-	Номер страницы: 3 / 3

несанкционированной подачей заявки, или за любые сбои, которые могут возникнуть во время отправки наших ответов по указанным вами адресам.

Будет заполнен больницей.

Дата / /
Имя Фамилия получателя доставки	
Подпись	