

# PFİZER İLAÇLARI LİMİTED ŞİRKETİ

## KİŞİSEL VERİ SAHİBİ

### BAŞVURU FORMU

#### A. GENEL AÇIKLAMALAR

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nda ("KVKK") ilgili kişi olarak tanımlanan kişisel veri sahiplerine ("**Başvuru Sahibi**"), KVKK'nın 11'inci maddesinde kişisel verilerinin işlenmesine ilişkin birtakım taleplerde bulunma hakkı tanınmıştır.

KVKK'nın 13'üncü maddesinin birinci fıkrası uyarınca; veri sorumlusu olan Pfizer İlaçları Limited Şirketi'ne ("**Pfizer**") bu haklara ilişkin olarak yapılacak başvuruların yazılı olarak veya Kişisel Verilerin Korunması Kurulu ("**Kurul**") tarafından belirlenen diğer yöntemlerle tarafımıza iletilmesi gerekmektedir.

Bu kapsamda, Pfizer İlaçları Limited Şirketi olarak tarafınıza yönlendirdiğimiz bu form ile, 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun ("**KVKK**") 11. maddesi ile kişisel veri sahiplerine tanınan başvuru hakkınızı işbu formu ("**Başvuru Formu**") doldurarak kullanabilirsiniz.

**Bu çerçevede Pfizer'e yapılacak başvurular, işbu Başvuru Formu'nun çıktısı alınarak Noter vasıtasıyla Muallim Naci Caddesi, No:55 Ortaköy 34347 başvuru adresine zarfın üzerinde "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamında Bilgi Talebi" yazılacak şekilde tarafımıza iletebilecektir.**

Tarafımıza ilemiş olduğunuz olan başvurularımız KVKK'nın 13'üncü maddesinin 2'inci fıkrası gereğince, talebin niteliğine göre talebinizin bizlere ulaştığı tarihten itibaren 30 (otuz) gün içinde yanıtlandırılacaktır. Yanıtlarımız ilgili KVK Kanunu'nun 13'üncü maddesi hükmü gereğince yazılı veya elektronik ortamdan tarafınıza ulaştırılacaktır.

#### B. BAŞVURU SAHİBİ İLETİŞİM BİLGİLERİ:

<b>Ad:</b>	
<b>Soyad:</b>	
<b>T.C. Kimlik Numarası / (yabancı ise) Pasaport Numarası:</b>	
<b>Telefon Numarası:</b>	
<b>E-posta:</b> (Başvuru)	

<i>sonucunuzu e-posta ile almak istemeniz halinde doldurunuz)</i>	
<b>Adres:</b>	

**C. LÜTFEN ŞİRKETİMİZ İLE OLAN İLİŞKİNİZİ BELİRTİNİZ.**

<input type="checkbox"/> Müşteri <input type="checkbox"/> Ziyaretçi <input type="checkbox"/> İş ortağı <input type="checkbox"/> Tedarikçi <input type="checkbox"/> Sağlık Mesleği Mensubu <input type="checkbox"/> Eski Çalışan Aile Bireyi	<input type="checkbox"/> Eski Çalışan <i>Şirketinde Çalıştığım Yıllar :</i> ..... <input type="checkbox"/> Çalışan Adayı (özgeçmiş paylaşımı yaptım) <i>Şirketine iş başvurusu yaptığım tarih :</i> .....
<input type="checkbox"/> Diğer: .....	

**D. LÜTFEN KİŞİSEL VERİLERİNİZLE İLGİLİ TALEBİNİZİ DETAYLI OLARAK BELİRTİNİZ:**

**AÇIKLAMA:**

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

.....  
.....

**E. BAŞVURU SONUCU BİLGİLENDİRME YÖNTEMİ** (*Lütfen yanıtın tarafınıza iletilme yöntemini seçiniz:*)

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

(*Vekâleten teslim alınması durumunda noter tasdikli vekâletname veya yetki belgesi olması gerekmektedir.*)

**F. TÜM BAŞVURU SAHİPLERİNİN BU KISMI DOLDURMASI GEREKMEKTEDİR:**

İşbu başvuru formunda tarafımda belirtilen tüm bilgilerin doğru olduğunu beyan eder; Pfizer İlaçları Limited Şirketi'nin, hukuka aykırı ve haksız bir şekilde veri paylaşımından kaynaklanabilecek hukuki risklerin bertaraf edilmesi ve özellikle kişisel verilerimin güvenliğinin sağlanması amacıyla kimlik ve yetki tespiti için ek bilgi ve evrak (nüfus cüzdanı veya sürücü belgesi sureti vb.) talep etme hakkının bulunduğunu kabul ederim.

**Kişisel Veri Sahibinin / Başkası Adına Başvuruda Bulunan Kişinin (lütfen vekaleten başvuruyorsanız, vekaletname nizin bir örneğini başvuru formuna ekleyiniz)**

**Adı Soyadı** :

**Başvuru Tarihi** :

**İmza** :