

KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU (“KVKK”) KAPSAMINDA HİZMET ALANLARIN KİŞİSEL VERİLERİN İŞLENMESİNE İLİŞKİN AÇIK RIZA METNİ

İmplantdent Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği hastası olarak ad-soyad, TC Kimlik numarası, kayıtlı olduğum vergi dairesi ve vergi numarası, çalıştığım kurumla ilgili bilgilerim ve iletişim bilgilerim ile banka hesap ve/veya kredi kartı bilgilerimin İmplantdent Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği tarafından sağlık hizmetinin yürütülmesiyle ilgili randevu oluşturulması, randevu hatırlatılması, kontrol muayenesi zamanına ilişkin bilgi verilmesi, çalışma yeri ya da saatlerinde yahut randevu alınan dişhekimine ilişkin değişikliğin bildirilmesi, özel gün kutlamalarının yapılabilmesi ve hizmet bedelinin tahsili ile hizmet bedeline ilişkin mali belge düzenlenmesi gibi hususların doğru ve zamanında yapılabilmesi ve iletişimin sağlanabilmesi ile hizmet bedelinin tahsili amacıyla İmplantdent Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği tarafından işlenmesine ve teknik destek ile iletişim hizmeti sağlanmasına yönelik olarak İmplantdent Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği çözüm ortakları ve hizmet bedelinin çalıştığım kurum veya kayıtlı olduğum sigorta şirketi tarafından kısmen veya tamamen karşılanması halinde ilgili kurum veya sigorta şirketi ile paylaşılmasına;

İzin veriyorum

İzin vermiyorum

AD – SOYAD

TCKN

İMZA

KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU ("KVKK") KAPSAMINDA ÇALIŞANLARIN KİŞİSEL VERİLERİN İŞLENMESİNE İLİŞKİN AÇIK RIZA METNİ

.....Sağlık Kuruluşu çalışanı olarak ad-soyad, nüfus cüzdanı bilgileri, TC Kimlik numarası, evlilik ve çocuk bilgilerim, sağlık durumuma ilişkin bilgiler, kayıtlı olduğum vergi dairesi ve vergi numarası iletişim bilgilerim ile banka hesap bilgilerimin Sağlık Kuruluşu tarafından sosyal güvenlik ve sigorta işlemleri, işçilik hak ve yükümlülüklerinin yerine getirilmesi ve takibi ile özel gün kutlamalarının yapılabilmesi gibi hususların doğru ve zamanında yapılabilmesi ve iletişimin sağlanabilmesi amacıyla Sağlık Kuruluşu tarafından işlenmesine ve teknik destek ile iletişim hizmeti sağlanmasına yönelik olarak Sağlık Kuruluşunun çözüm ortakları ile paylaşılmasına;

- İzin veriyorum
- İzin vermiyorum

AD – SOYAD

TCKN

İMZA