**MUKOPOLİSAKKARİDOZ VE BENZERİ LİZOZOMAL DEPO HASTALIKLARI DERNEĞİ**

**KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU**

**VERİ SAHİBİ BAŞVURU FORMU**

**A. Veri Sahibinin İletişim Bilgileri**

İsim : …………………………………………

Soy İsim : …………………………………………

T.C. Kimlik Numarası : …………………………………………

Adresi : …………………………………………

İletişim Bilgileri : …………………………………………

**B. Derneğimiz ile olan İlişkiniz**

☐ Üyeyim

☐ Üyelik Başvurusu Yaptım

Başvuru Tarihi : …………………………………………

☐ Eski Üyeyim

Üye Olduğum Yıllar : ………………………………………………………

☐ Hastayım

☐ Hasta Yakınıyım

☐ Çalışanım

☐ İş Başvurusu / Özgeçmiş Paylaşımı Yaptım

Başvuru Tarihi : …………………………………………

☐ Bağışçıyım

☐ Etkinlik Katılımcısıyım

Tarih : …………………………………………

☐ Üçüncü Kişi Firma Çalışanıyım

Çalışılan Firma ve Pozisyon Bilgisi : …………………………………………

☐ Diğer

Açıklayınız : …………………………………………

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

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Açıklama**

Bu formu doldurduktan sonra aşağıda belirtilen kanallardan herhangi birini kullanarak başvurunuzu yapabilirsiniz:

☐ Dernek adresimize (Vedat Kadri Kancal İş merkezi No: 46/A Üsküdar İstanbul) kimliğinizle birlikte başvurabilirsiniz.

☐ Derneğimizin mpsturk@gmail.com e-posta adresine kimliğinizi kanıtlayıcı belgelerle birlikte başvuruda bulunabilirsiniz.

Form kapsamında iletmekte olduğunuz taleplerinize ilişkin bilgilerin doğru ve güncel olmaması ya da yetkisiz bir başvuru yapılması halinde MPS LH Derneği, söz konusu yanlış bilgi ya da yetkisiz başvuru kaynaklı taleplerden dolayı mesuliyet kabul etmemektedir.

|  |  |
| --- | --- |
| **Başvuru Yapma Tarihi** | **Başvuru Alma Tarihi** |
| **Başvuruyu Yapan Adı Soyadı** | **Başvuruyu Alan Adı Soyadı** |
| **İmza** | **İmza** |