

SWORDS MEDİKAL PAZARLAMA İTHALAT İHRACAT TİCARET LİMİTED ŞİRKETİ
(“Şirket)
KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU KAPSAMINDA
BAŞVURU FORMU

I. TÜRKİYE CUMHURİYETİ VATANDAŞLARI

Ad	
Soyad	
TC Kimlik Numarası	
Telefon Numarası	
E-posta	
İkamet veya İşyeri Adresi	

II. YABANCILAR:

Ad	
Soyad	
Uyruk	
Pasaport No/Kimlik No	
Telefon Numarası	
E-posta	
İkamet veya İşyeri Adres	

III. ŞİRKET İLE İLİŞKİNİZ

(Müşteri, iş ortağı, çalışan adayı, eski çalışan, tedarikçi çalışanı, hissedar vs.)

<input type="checkbox"/> Müşteri <input type="checkbox"/> Ziyaretçi	<input type="checkbox"/> İş ortağı <input type="checkbox"/> Diğer:
Şirkette iletişimde olduğunuz departman: Konu:	

<input type="checkbox"/> Eski Çalışanım <i>Çalıştığım Yıllar:</i> <input type="checkbox"/> Diğer:	<input type="checkbox"/> İş Başvurusu / Özgeçmiş Paylaşımı Yaptım <i>Tarih:</i> <input type="checkbox"/> Üçüncü Kişi Firma Çalışanıyım <i>Lütfen çalıştığınız firma ve pozisyon bilgisini belirtiniz.</i>
---	--

IV. KVK KANUNU KAPSAMINDAKİ SORU VEYA TALEP DETAYI

Lütfen başvuruza vereceğimiz yanıtın tarafınıza bildirilme yöntemini seçiniz:

- Adresime gönderilmesini istiyorum.
- E-posta adresime gönderilmesini istiyorum.
- Elden teslim almak istiyorum. *(Vekaleten teslim için noterde düzenlenmiş vekâletname veya yetki belgesi aslı ve kopyasının getirilmesi gerekmektedir)*

Şirket'in başvuru formu ile bildirilen bilgilerin gerçeğe uygun olup olmadığını denetleme yetki ve yükümlülüğü bulunmamaktadır. Form kapsamında iletmekte olduğunuz taleplerinize ilişkin bilgilerin doğru ve güncel olmaması ya da yetkisiz bir başvuru yapılması halinde Şirket, söz konusu yanlış bilgiden ya da yetkisiz kişilerce yapılan başvurudan dolayı sorumluluk kabul etmemektedir.

Başvuru Sahibi (İlgili Kişi)

Ad-Soyad :

Başvuru Tarihi :

İmza :