

6698 SAYILI KANUN KAPSAMINDA İLGİLİ KİŞİ BAŞVURU FORMU

Veri sorumlusu: NOVUS ORTAK SAĞLIK VE İŞ GÜVENLİĞİ HİZMETLERİ LİMİTED ŞİRKETİ
MERSIS: 0632159727900001 - VKN: 6321597279 - Ticaret Sicil: 1156623

1. Başvuru sahibinin bilgileri

Adı ve soyadı	
İletişim bilgisi	E-posta: Telefon:
Tebliğat adresi	
NOVUS ile ilişkisi	☐ Müşteri / çalışan ☐ Aday çalışan ☐ Tedarikçi ☐ Ziyaretçi ☐ Diğer:

Kimlik doğrulaması için gerekli olmayan kimlik sureti, sağlık kaydı veya başka özel nitelikli kişisel verileri forma eklemeyiniz. NOVUS, başvuruyu güvenli biçimde sonuçlandırmak için makul ek doğrulama bilgisi isteyebilir.

2. Talebiniz

Başvuru konusu	☐ Verilerimin işlenip işlenmediğini öğrenme ☐ Bilgi talebi ☐ Düzeltme ☐ Silme / yok etme ☐ Aktarılan üçüncü kişileri öğrenme ☐ Aktarımın bildirilmesi ☐ Otomatik işleme sonucuna itiraz ☐ Zararın giderilmesi ☐ Diğer:
İlgili süreç / tarih	
Açıklama ve talep	
Varsa ekler	

3. Yanıt tercihi

Yanıt yöntemi	☐ Kayıtlı e-posta adresime ☐ Posta adresime ☐ Elden teslim
E-posta / adres	

4. Başvurunun iletilmesi

Başvurunuzu Maltepe Mah. Eski Çırpıcı Yolu Sk. Meridyen İş Merkezi No: 1 İç Kapı No: Z30, Zeytinburnu / İstanbul adresine şahsen veya yazılı olarak; şirketimize daha önce bildirilmiş ve sistemimizde kayıtlı bulunan e-posta adresiniz üzerinden info@novusosgb.com adresine ya da mevzuatta kabul edilen diğer güvenli yöntemlerle iletebilirsiniz. Başvurular yürürlükteki mevzuatta öngörülen süre ve usule göre değerlendirilir.

5. Beyan ve imza

Bu formda verdiğim bilgilerin doğru ve güncel olduğunu, başvurunun sonuçlandırılması için gerekli kimlik ve talep doğrulamasının yapılabileceğini kabul ederim. Bu beyan açık rıza metni değildir; yalnız başvuru sahibinin ve talebin doğrulanması amacıyla kullanılır.

Tarih	 / /
Ad soyad / imza	

Doküman No: NOVUS-KVKK-FR-01 | Revizyon: 00 | Yayın: 08.10.2026