

AÇIK RIZA BEYANI

Best Dental İstanbul Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Ltd. Şti. (Özel B.D.İ. Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği) tarafından Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (KVKK) kapsamında hazırlanan ve <https://www.bestdentalistanbul.com/tr/kvkk-bilgilendirme> adresinde bulunan Aydınlatma Metnini okuduğumu ve anladığımı, ayrıca konuya ilişkin tarafıma sözlü bilgi verildiğini,

Aydınlatma Metninde detaylı olarak yer alan kişisel verilerimin işleme amaçlarına, toplanma yöntemleri ve hukuki sebeplerine, verilerimin aktarılacağı zorunlu hollere, veri güvenliği kapsamında alınan tedbirlere ve verilerimin korunmasına yönelik başvuru haklarıma dair bilgilendirildiğimi,

KVKK'da tanımlanan özel nitelikli kişisel verilerimde dahil olmak üzere tüm kişisel verilerimin yukarıdaki esaslar çerçevesinde Best Dental İstanbul Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Ltd. Şti. ve çalışanları tarafından kaydedilmesini, saklanması ve sayılan zorunlu hollere aktarılmasını,

Sunulan tıbbî teşhis, tedavi, bakım ve kontrol hizmetleri ile uygulamalarına ilişkin yenilik ve gelişmelerin bildirilmesini, süreklilik arz eden tedaviler için gelen randevu tarihlerinin hatırlatılmasını,

Paylaşmış olduğum kişisel verilerin doğru ve güncel olduğunu, işbu bilgilerde değişiklik olması halinde değişiklikleri bildireceğimi,

Ayrıca Best Dental İstanbul Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Ltd. Şti. tarafından, tarafıma e-posta, sms gönderilmesini ve mobil araçlarla iletişim kurulmasını AÇIK RIZAM İLE KABUL EDERİM.

Adı Soyadı :

E-Mail :

Telefon :

Tarih :

İmza :