

**SANOFI**  
**KİŞİSEL VERİ SAHİBİ**  
**BAŞVURU FORMU**

Sanofi İlaç Sanayi ve Ticaret Anonim Şirketi (“**Sanofi İlaç**”), Sanofi Pasteur Aşı Ticaret Anonim Şirketi (“**Sanofi Pasteur**”) ve Sanofi Sağlık Ürünleri Limited Şirketi (“**Sanofi Sağlık**”) (Sanofi İlaç, Sanofi Pasteur ve Sanofi Sağlık bundan sonra birlikte “**Sanofi**” olarak anılacaktır) olarak tarafınıza yönlendirdiğimiz bu form, 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu’nun (“**KVK Kanunu**”) 11. maddesi ile kişisel veri sahiplerine tanınan başvuru hakkını kolaylıkla kullanabilmeniz için gereken tüm unsurları kapsamaktadır. Bu nedenle kişisel verilerinizle ilgili başvuru hakkınızı kullanırken bu formun çıktısını alarak doldurmanızı ve formun sonunda belirtilen yöntemlerden biriyle tarafımıza iletmenizi rica ederiz.

**1) BAŞVURU SAHİBİ İLETİŞİM BİLGİLERİ:**

<b>Ad:</b>	
<b>Soyad:</b>	
<b>TC Kimlik Numarası:</b>	
<b>Telefon Numarası:</b>	
<b>E-posta:</b> (Başvuru sonucunuzu e-posta ile almak istemeniz halinde doldurunuz)	
<b>Adres:</b>	

**2) LÜTFEN ŞİRKETİMİZ İLE OLAN İLİŞKİNİZİ BELİRTİNİZ** (SMM, ziyaretçi, iş ortağı, çalışan aday, eski çalışan, eski alt işveren çalışanı, üçüncü taraf firma çalışanı, hissedar gibi)

<input type="checkbox"/> SMM (Sağlık Mesleği Mensubu)	<input type="checkbox"/> Eski Çalışan /Eski Alt İşveren Çalışanı
<input type="checkbox"/> Ziyaretçi	..... (lütfen belirtiniz)
<input type="checkbox"/> İş Ortağı /Tedarici	Şirketinde Çalıştığım Yıllar :
<input type="checkbox"/> Alt İşveren	.....
<input type="checkbox"/> Diğer (Lütfen belirtiniz)	<input type="checkbox"/> Çalışan Adayı
Şirketimiz içerisinde iletişimde olduğunuz	..... (lütfen belirtiniz)
Birim:.....	Şirketine iş başvurusu yaptığım tarih :
.....	.....
.....	



.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**5) BAŞVURU SONUCU BİLGİLENDİRME YÖNTEMİ** (Lütfen yanıtın tarafınıza iletilme yöntemini seçiniz):

- Adresime gönderilmesini istiyorum.  
 E-posta adresime gönderilmesini istiyorum.  
 Elden teslim almak istiyorum.

(Vekâleten teslim alınması durumunda noter tasdikli vekâletname veya yetki belgesi olması gerekmektedir.)

**6) BAŞVURU FORMU'NUN İLETİLECEĞİ YÖNTEMLER**

(Lütfen başkası adına başvuruda bulunmaktaysanız, başvuru yapmaya yetkili olduğunuzu gösteren belgeleri (kişisel veri sahibinin velisi/ vasisi olduğunu gösterir belge, vekaletname gibi) başvurunun ekinde gönderiniz.)

- Tarafımıza şahsen başvuru yaparak, ıslak imzalı bir nüshasının kimlik doğrulanmasını sağlayıcı belgelerle (nüfus cüzdanı, ehliyet vb.) birlikte bizzat elden veya noter aracılığı ile Esentepe Mah. Büyükdere Cad. No:193 Şişli/İstanbul adresine zarfın üzerine “Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Bilgi Talebi” yazılarak,  
Veya;
- [consent-tr@sanofi.com](mailto:consent-tr@sanofi.com) adresine gönderilerek.

**-TÜM BAŞVURU SAHİPLERİNİN BU KISMI DOLDURMASI GEREKMEKTEDİR-**

İşbu başvuru formunda tarafımda belirtilen tüm bilgilerin doğru olduğunu beyan eder; Sanofi İlaç Ticaret Limited Şirketi'nin hukuka aykırı ve haksız bir şekilde veri paylaşımından kaynaklanabilecek hukuki risklerin bertaraf edilmesi ve özellikle kişisel verilerimin güvenliğinin sağlanması amacıyla kimlik ve yetki tespiti için ek bilgi ve evrak (nüfus cüzdanı veya sürücü belgesi sureti vb.) talep etme hakkımın bulunduğunu kabul ederim.

**Kişisel Veri Sahibinin / Başkası Adına Başvuruda Bulunan Kişinin**

**Adı Soyadı** :

**Başvuru Tarihi** :

**İmza:**