

KİŞİSEL VERİ PAYLAŞIMI ONAM FORMU

Bu dokümanı onaylayarak 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun ("Kanun") 5. Maddesi kapsamında, iletmış olduğum kişisel mesleki bilgilerimin Algoloji Uzmanlık dalı uzman ihtiyacı ve istihdamı planlaması çalışmalarında kullanılmasına onay veriyorum. Bu onay kapsamında paylaştığım bilgilerin ayrıca ve sadece bilgilendirme amaçlı Türk Algoloji Derneğinin Web sayfası ve sosyal medya hesaplarında yayımlanmasına da onay veriyorum.

Bu onayla, hastaların ya da ilgili kişilerin sizlerle iletişime geçmek, yurtiçi ve yurtdışında yerleşik üçüncü kişilere aktarmak maksadıyla paylaşmış olduğunuz bilgilerin Derneğimiz tarafından işlenmesine, ayrıca istihdam planlamasına ilişkin hazırlayacağımız raporda kullanılmasına açıkça rıza göstermektediresiniz.

Doktor Bilgi Bankası formundaki bilgilerimin Algoloji Uzmanlık dalı uzman ihtiyacı ve istihdamı planlaması çalışmasında kullanılmasına onay veriyorum/onay vermiyorum

Tanı ve tedavi hizmetleri kapsamında derneğe ve hastalara yardımcı olmak koşuluyla kurum adres ve telefonumun Türk Algoloji (Ağrı) Derneği web sayfası ya da Türk Algoloji (Ağrı) Derneğinin ilgili sosyal medya kurumlarına verilmesine onay veriyorum/onay vermiyorum.

Tarih-İsim-İmza

.