

# FORMULAIRE DE DEMANDE

## I. Informations générales

Dans la loi no. 6698 sur la protection des données personnelles (« **LPDP** »), le droit de formuler certaines demandes concernant le traitement des données personnelles a été accordé aux propriétaires de données personnelles définis comme la personne concernée (« **Demandeur** ») conformément à l'article 11 de la LPDP.

Ce formulaire de demande a été préparé afin de déterminer vos données personnelles traitées par Forte Medicare, le cas échéant, en déterminant votre relation avec Akademi Turizm ve Organizasyon Ticaret A.Ş. (« **Forte Medicare** ») et de prendre toutes les mesures administratives et techniques nécessaires pour finaliser votre demande de manière efficace, conformément à la loi et à l'honnêteté, et pour répondre à la demande correctement et dans un délai légal. Afin d'éliminer les risques juridiques pouvant découler d'un partage de données illégal et déloyal, et surtout pour assurer la sécurité de vos données personnelles, le droit de demander des documents et des informations supplémentaires (copie de la carte d'identité ou du permis de conduire, etc.) pour l'identification et l'autorisation est réservé. Si les informations concernant vos demandes soumises dans le formulaire de demande ne sont pas correctes et à jour ou si la demande n'est pas conforme au LPDP, **Forte Medicare** décline toute responsabilité pour ces informations erronées ou demandes provenant d'applications inappropriées. Conformément aux dispositions pertinentes de la LPDP et du Communiqué sur les procédures et principes d'application au responsable du traitement (« **Communiqué** »), **Forte Medicare** n'a aucune responsabilité légale si les informations et documents obligatoires de votre candidature ne nous sont pas intégralement et dûment transmis.

Conformément au premier paragraphe de l'article 13 de la LPDP et au **communiqué**, les demandes concernant ces droits auprès de **Forte Medicare**, qui est le responsable du traitement des données, doivent être soumises en turc.

Conformément au paragraphe 1 de l'article 13 de la LPDP et à l'article 5 du communiqué; les demandes à **Forte Medicare** dans le cadre déterminé par le Conseil de protection des données personnelles (« **Conseil PDP** ») doivent être soumises:

- par écrit,
- en utilisant une adresse e-mail enregistrée (KEP),
- une signature électronique sécurisée,
- une signature mobile et
- en utilisant l'adresse e-mail préalablement communiquée au responsable du traitement des données par le Demandeur et enregistrée dans le système du responsable du traitement des données.

Des informations sur la manière dont les demandes seront transmises à **Forte Medicare**, spécifiques aux canaux de demande, sont fournies ci-dessous.

Méthode de demande	Adresse de la soumission de la demande	Informations à préciser dans le dossier de demande
Demande personnelle (Le demandeur se présente en personne et présente sa demande avec un document prouvant son identité)	Reşitpaşa Mahallesi Posta Yolu Caddesi No: 5/-_ Sarıyer / İstanbul	Veillez noter « Demande d'informations en vertu de la loi sur la protection des données personnelles » sur l'enveloppe.
Par le notaire	Reşitpaşa Mahallesi Posta Yolu Caddesi No: 5/-_ Sarıyer / İstanbul	Veillez noter « Demande d'informations en vertu de la loi sur la protection des données personnelles » sur l'enveloppe de préavis.
Par courrier électronique recommandé (KEP) signé avec une « signature électronique sécurisée »	<a href="mailto:akademiturizm@hs03.kep.tr">akademiturizm@hs03.kep.tr</a>	Veillez noter « Demande d'informations sur la loi sur la protection des données personnelles » dans l'objet de l'e-mail.

Conformément au paragraphe 2 de l'article 13 de la LPDP, vos demandes auprès de **Forte Medcare** recevront une réponse selon la nature de la demande dans les meilleurs délais et au plus tard dans les 30 (trente) jours, à compter de la date de réception de votre demande. Conformément aux dispositions de l'article 13 de la LPDP, nos réponses vous seront remises par écrit ou par voie électronique.

## II. Contenu du droit de déposer une demande

Conformément à l'article 11 de la LPDP, toute personne a le droit de déposer une demande à **Forte Medcare** en utilisant les méthodes prévues par le LPDP et d'autres législations et en utilisant les méthodes mentionnées ci-dessus, et de faire des demandes détaillées à l'article V, sauf les exceptions indiquées à l'article 28 de la LPDP.

## III. Coordonnées du demandeur

Prénom (*)	
Nom de Famille (*)	
REPUBLIQUE DE TURQUIE Numéro d'identité/passeport (*)	
Téléphone	

E-mail	
Adresse du domicile ou du lieu de travail selon la notification (*)	

(\*: Champs obligatoires.)

#### IV. Votre relation avec Forte Medcare

<input type="checkbox"/> Client <input type="checkbox"/> Visiteur <input type="checkbox"/> Ouvrier <input type="checkbox"/> Candidat employé	<input type="checkbox"/> Destinataire du produit ou du service <input type="checkbox"/> Autre: ..... .....
Votre contact avec Forte Medcare  Unité: ..... Matière: ..... .....	

#### V. Objets de la demande qui peuvent être adressés à Forte Medcare par le propriétaire des données personnelles (\*)

No:	Objets pouvant être demandés et base juridique	Votre choix
1	Je voudrais savoir si <b>Forte Medcare</b> traite mes données personnelles. <i>(Alinéa a du premier paragraphe de l'article 11 de la LPDP)</i>	<input type="checkbox"/>
2	Si mes données personnelles sont en cours de traitement, je demande des informations sur cette activité de traitement des données. <i>(Alinéa b du premier paragraphe de l'article 11 de la LPDP)</i>	<input type="checkbox"/>
3	Je voudrais connaître la motivation du traitement de mes données personnelles et savoir si elles sont utilisées conformément à la motivation du traitement. <i>(Alinéa c du premier paragraphe de l'article 11 de la LPDP)</i>	<input type="checkbox"/>
4	Je demande des informations sur le transfert éventuel de mes données personnelles à des tiers dans mon pays et/ou à l'étranger, et si oui, sur ces tiers. <i>(Alinéa ç du premier paragraphe de l'article 11 de la LPDP)</i>	<input type="checkbox"/>
5	Je demande la correction de mes données personnelles traitées de manière incomplète ou incorrecte auprès des tiers auxquels mes données personnelles sont transférées. (Sur demande, des informations/documents corrects et	<input type="checkbox"/>

	complémentaires doivent être soumis pour corriger vos données personnelles que vous pensez être incomplètes ou incorrectes.) <b><i>(Alinéa d du premier paragraphe de l'article 11 de la LPDP)</i></b>	
<b>6</b>	Je pense que les raisons nécessitant le traitement de mes données personnelles ont disparues, et dans ce cadre, je demande que mes données personnelles: a) soient supprimées. b) soient détruites. <b><i>(Alinéa e du premier paragraphe de l'article 11 de la LPDP)</i></b>	<i>Une seule case peut être cochée.</i> a) <input type="checkbox"/>  b) <input type="checkbox"/>
<b>7</b>	Je souhaite que les données à caractère personnel me concernant qui me semblent incomplètes ou mal traitées (dans le cadre de ma demande au cadre 5) soient corrigées par les tiers auxquels elles ont été transférées. <b><i>(Alinéa f du premier paragraphe de l'article 11 de la LPDP)</i></b>	<input type="checkbox"/>
<b>8</b>	Je souhaite que les tiers auxquels mes données personnelles ont été transférées soient informés des mesures prises suite à ma demande de suppression ou de destruction (dans le cadre de ma demande au cadre 6). <b><i>(Alinéa f du premier paragraphe de l'article 11 de la LPDP)</i></b>	<input type="checkbox"/>
<b>9</b>	Je pense qu'un résultat à mon encontre est né de l'analyse de mes données personnelles traitées exclusivement par des systèmes automatisés. Je m'oppose à cette conclusion. <b><i>(Alinéa g du premier paragraphe de l'article 11 de la LPDP)</i></b>	<input type="checkbox"/>
<b>10</b>	J'ai subi un préjudice en raison du traitement illégal de mes données personnelles. J'exige que ce préjudice soit réparé. <b><i>(Alinéa g du premier paragraphe de l'article 11 de la LPDP)</i></b>	<input type="checkbox"/>

**VI. Vous pouvez préciser l'objet de votre demande dans le cadre de la LPDP en détail**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## VII. Procédure et durée de réponse aux demandes

Conformément à l'article 13 de la LPDP, **Forte Medicare** finalisera gratuitement les demandes d'application dûment effectuées par le Demandeur dans un délai de 30 (trente) jours au plus tard, en fonction de la nature de la demande. Toutefois, si l'opération nécessite un coût supplémentaire et que les conditions déterminées par le Conseil du PDP sont remplies, la taxe prévue dans le tarif peut être demandée par le responsable du traitement des données. Forte Medicare peut accepter la demande ou la rejeter pour les raisons énumérées ci-dessous en expliquant la raison et peut en informer la personne concernée par écrit ou par voie électronique.

## VIII. Droit du demandeur de déposer une plainte auprès du Conseil du PDP

Conformément à l'article 14 de la LPPD, la personne concernée peut déposer une plainte auprès du Conseil de la PDP dans un délai de trente jours à compter de la date à laquelle elle a pris connaissance de la réponse du responsable du traitement, et en tout état de cause dans un délai de soixante jours à compter de la date de la demande, si sa demande est rejetée, si elle estime que la réponse est inadéquate ou si sa demande ne reçoit pas de réponse en temps utile. Conformément à l'article 13 de la LPPD, une plainte ne peut être déposée avant l'épuisement des voies de recours.

## IX. Déclaration du demandeur

J'accepte, déclare et m'engage à ce que les informations et documents que je vous ai fournis lors de ma demande conformément aux requêtes susmentionnées soient corrects, à jour et m'appartiennent.

### Information sur le demandeur:

Prénom-Nom (\*) :

REPUBLIQUE DE TURQUIE Numéro d'identité/passeport (\*) :

Lieu de résidence aux fins de la notification  
ou Adresse du lieu de travail (\*) :

Date de la demande :

Signature (\*) :

*(REMARQUE: Les champs marqués d'un astérisque (\*) dans le texte sont des éléments obligatoires qui doivent être remplis dans la demande et dans le texte dans le cadre de la LPDP et de la législation en vigueur).*