

AÇIK RIZA METNİ

Konu

İşbu muvafakatname, [6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu \("KVKK"\)](#) kapsamındaki şahsıma ait kişisel verilerimin, [Dernekler Kanunu](#) ve diğer mevzuat hükümlerinin izin verdiği kişi veya kuruluşlara, [Dernek Tüzüğü](#)'nde belirtilen amaçlarını gerçekleştirmek adına karşılıklı koordinasyon içinde olduğu sivil toplum kuruluşlarına (STK'lara), kamu kurum ve kuruluşları ile özel sektörde faaliyet gösteren gerçek ve tüzel kişilere, faaliyetlerini yürütmek üzere hizmet aldığı, iş birliği yaptığı program ortağı kuruluşlara, yurtiçi/yurtdışı kurum ve kuruluşlara, diğer üçüncü kişi ve kuruluşlara, yasal zorunluluklar gereği yetkili kamu kurum ve kuruluşlarına, şubelere, hizmet alınan ve sponsor olan firmalara ve iktisadi işletmelerine aktarılmasına, paylaşılmasına, kullanılmasına, işlenmesine, saklanmasına ilişkin açık rızamı içermektedir.

Ben, [Kişisel Verilerinize İlişkin Aydınlatma Metni](#)ni okuyup anladığımı beyan ederek, KVKK ve sair mevzuat kapsamında koruma altında olan özel nitelikli kişisel verilerim dahil olmak üzere ilgili kişisel verilerimin işleneceğini, kullanılacağını, aktarılacağını, paylaşılacağını ve gereken süre zarfında saklanacağını; açık rıza verdikten sonra dilediğim zaman koşulları yerine getirerek açık rızamı geri alabileceğim hususunda Pulmoner Hipertansiyon ve Skleroderma Hasta Derneği ("PAHSSc") tarafından tam ve açık bir şekilde bilgilendirildiğimi kabul ve beyan ediyorum.

Yukarıda söz edilen mevzuata ilişkin açık rızamı içeren işbu muvafakatname ile kişisel verilerimin ve özel nitelikli kişisel verilerimin tarafınızca muhafaza edilmesine, özgür irademle rıza göstermeyi kabul ediyorum.

Veri Sahibi

Adı Soyadı :

Tarih :

İmza :

Not: Açık rıza metni, 18 yaşından küçük olanların ebeveynleri veya yasal vasileri tarafından doldurulmalıdır.