



KİMLİK PAYLAŞIM SİSTEMİ KULLANICI TANIMLAMA FORMU

Çalıştığı Kurum:		
Adı Soyadı:		
T.C. Kimlik No:		
İş Telefon No:		
Cep Telefon:		
E Posta Adresi:		
Statik IP Adresi:		
Gizlilik Taahhütnamesi İmzalandı mı?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>

NOT: Kullanıcı Birim değişikliği, tayin, emeklilik vb. durumlarda yetkisinin muhakkak iptal edilmesi ve yeni kullanıcı tanımlanması için Sağlık Müdürlüğümüz Sağlık İstatistikleri ve Bilgi İşlem Biriminin bilgilendirilmesi gerekmektedir.

Hastane Başhekimi Adı Soyadı:

İmza: