



T.C.
ÇANAKKALE VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Çanakkale Mehmet Akif Ersoy Devlet Hastanesi
BİLGİ SİSTEMLERİ YETKİLENDİRME FORMU

KOD: BY_FR_03 **Yayın Tarihi:** 21.01.2009 **Revizyon Tarihi:** 01.01.2019 **Revizyon No:** 04 **Sayfa No:** 1/1

Kullanıcı Kodu:

Talep Türü



İnternet



Bilgisayar



Network



Program



Diğer

Talepte Bulunan:

Tarih:

Adı Soyadı:

Birim:

Görevi

Birim Sorumlusu:

İmza:

İmza

Talep Gerekçesi:

Bilgi İşlem Merkezi Değerlendirme:

Tarih:

Adı Soyadı:

İmza:

Onay

...../...../20.....

Başhekim