YALOVA AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ

HBYS ÜZERİNDEKİ VERİLERİN YEDEKLENMESİ TAKİP FORMU

Kod: DBY10.FR.01	Yayın Tarihi:31.05.2017	Revizyon No:01	Revizyon Tarih:20.12.2020	S.N:1

Yapılan İşlem	İşlemin Yapıldığı		İşlemi Yapan Personelin	
	Tarih	Saat	Adı Soyadı	İmza

Merkezimiz HBYS'den alınan veritabanı yedeklerinin bir kopyasının taşınabilir diske aktarılarak bilgi işlem sorumlusuna teslim ettiğimi beyan ve taahhüt ederim.

Teslim Eden	Teslim Alan
…../…../20…..	…../…../20…..
……	……
Bilgi İşlem Personeli	Bilgi İşlem Sorumlusu