



YALOVA AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
HBYS ERİŞİM VE YETKİLENDİRME TALEP FORMU

DBY02.FR.03

Yayın Tarihi:31.05.2017

Revizyon No:00

Revizyon Tarih: 00.00.0000/00

S.N:1/1

Kimlik No:

Adı Soyadı:

Telefon:

Kurumu:

Birimi:

Unvanı:

E-Posta Adresi:

Görev Tanımı (Kısaca açıklayınız):

Açıklama:** (Ör: Performans puanlarımı incelemek istiyorum gibi.)

Yukarıdaki bilgilerin şahsıma ait olduğunu beyan eder, adıma tanımlanacak kullanıcı adı ile yapılan her türlü işlemde sorumlu olduğumu kabul ederim.

Adı , Soyadı ve İmzası:

Beyana Uygundur.

Birim Sorumlusu

Kaşe/İmza

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

* Görev tanımınızla ilgili kullanmak istediğiniz modülleri yazınız. (Örn: Hasta Kayıt , Kalite,İnceleme Heyeti vb.)

** Özellikle belirtmek istediğiniz ayrıntıyı ve talep gerekçenizi yazınız.

Önemli: *Lütfen size uygun bir tanımlama yapabilmemiz için görev tanımı ve açıklama bölümünden ifadelere yer veriniz.*

Onaylama Bölümü (Bu bölüm Bilgi Güvenliği Sorumlusu/Yetkilisi tarafından düzenlenecektir.)

Bilgi güvenliği yetkilisinin /sorumlusunun görüşü

Uygundur/Uygun değildir

Kaşe/İmza

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