



YALOVA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLGİ SİSTEMLERİ YETKİ DEĞİŞİKLİĞİ
BİLGİ FORMU

Doküman No:BY.FR.03 Yayın Tarihi:23.08.2019 Revizyon Tarihi: Revizyon No: Sayfa No:1/1

ADI:	
SOYADI:	
TC:	
TEL NO:	
KULLANICI ADI:	
E-POSTA ADRESİ (...@saglik.gov.tr)	
ÜNVANI:	
BİRİM DEĞİŞİKLİĞİ (ESKİ BİRİM)	
BİRİM DEĞİŞİKLİĞİ (YENİ BİRİM)	
BAĞLI OLDUĞU ÜST YÖNETİCİ ADI-SOYADI:	İMZA

YETKİ DEĞİŞİKLİĞİ YAPILACAK SİSTEMLER

	Yetkilerin Kısıtlanması	Yetkilerin Kaldırılması	AÇIKLAMA
EBYS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	:
ÇKYS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	:
TSİM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	:
HSYS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	:
SAĞLIK NET	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	:
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	:
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	:

Kullanıcı Taahhüt: Bu evrakın düzenlendiği tarihten itibaren yukarıda bilgileri verilen kullanıcı hesabımla yapılan her türlü işlemin tarafımda yapıldığını, adıma yönlendirilen evrakların tebliğ niteliği taşıdığını kabul ve taahhüt ederim.

AD-SOYAD	
TARİH	
İMZA	

FORMU ONAYLAYAN YETKİLİ

(Başkan , Başkan Yrd.)

HAZIRLAYAN Kalite Birimi	KONTROL EDEN Kalite Birim Sorumlusu	ONAYLAYAN Başkan
-----------------------------	--	---------------------