|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **K U L L A N I C I N I N** | **KURUMU / BİRİMİ** | |  | |
| **KADRO UNVANI** | |  | |
| **GÖREVİ / GÖREV YERİ** | |  | |
| **ADI / SOYADI** | |  | |
| **HBYS KULLANICI ADI** | |  | |
| **İLETİŞİM BİLGİLERİ** | **TELEFON** |  | |
| **E-MAİL** |  | |
| **TALEP EDİLEN YETKİLER:**  Faturalama Kalite Birimi Mutemetlik Satın Alma Bilgi İşlem  Hasta Kabul Klinik Özlük Taşınır Kayıt  Hekim Protez Laboratuvarı Röntgen Vezne | | | |
| **SORUMLULUK BEYANI** | | | | |
| * Görev değişikliği veya işten ayrılma durumlarında, değişiklik bilgilerini aynı gün, Bilgi Sistemleri Birimine bildireceğimi, * Kullanıcı şifremi başkalarıyla paylaşmayacağımı, şifremin başkalarınca öğrenildiği durumlarda değiştireceğimi, * Yapılan tüm işlemlerin (dosya, sevk açma, silme, değiştirme, sonuç girme vb) sistem tarafından kaydının tutulduğunu bilerek, geçmişe yönelik sorgularda kullanıcı koduma ait işlemlerin sorumluluğunu, * Hbys’ye eriştiğim bilgisayardan hastaların tüm kişisel ve sağlık bilgileri ‘GİZLİ BİLGİ’ kapsamında olduğundan üçüncü şahıslara bildirilmeyeceğini, şahsım tarafından da hiçbir şekilde kullanılmayacağını, * Yönetmeliğe ve mevzuata uygunsuz kullanım ve bilişimle ilgili doğacak her türlü yasal yükümlülüğü, kabul ve taahhüt ederim.   Bilgilerini girmiş olduğum HBYS programı erişimimdeki kısıtlama, ifa etmekte olduğum iş ve işlemlerin aksamasına neden olmaktadır. Yukarıda yazmış olduğum yetki talep, gerekçe ve taahhütlerim göz önünde bulundurularak erişimimin sağlanmasını talep etmekteyim. Yukarıdaki bilgilerin tarafıma ait olduğunu ve HBYS kullanıcısı olarak yukarıda yazılı bilgileri okuduğumu, sorumluluklarım ve görevlerim konusunda bilgilendirildiğimi kabul ederim. …./…./20…  **Ad/Soyad**  **İmza** | | | | |
| **BİRİM SORUMLUSU** | | | | **SAĞLIK TESİSİ YÖNETİCİSİ** |
|  | | | |  |

**Kullanıcı Yetkisinin sonlandırılması: (Bilgi İşlem Tarafından Doldurulacaktır)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Yetki Sonlandırma Nedeni |  | | |
|  |  | | |
| Yetki Sonlandıranın  Adı/Soyadı |  | Tarih: | İmza: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hazırlayan**  **Kalite Yönetim Birim Sorumlusu** | **Kontrol Eden**  **Kalite Yönetim Direktörü** | **Onaylayan**  **Dekan** |