	T.C. NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezi	Doküman Kodu	EY.FR.01
		Yayın Tarihi	02.12.2024
		Revizyon Tarihi	00
	HBYS ERİŞİM VE YETKİLENDİRME TALEP FORMU	Revizyon No	00
		Sayfa No	1/1

T.C. Kimlik No		Birimi	
Adı Soyadı		Unvanı	
E-Posta Adresi		Cep Tel No	
Görev Tanımı (Kısaca açıklayınız):			

☐ **Yeni Kullanıcı** ☐ **İlave Yetki** ☐ **Değişikliği (Eski yetkiler silinir)**

1	**Medula E-Sevk Modülü**	***13***	**Sterilizasyon Modülü**	***25***	**MKYS (Depo) Modülü**
2	**Müracaat Kaydı Modülü**	***14***	**Vezne Modülü**	***26***	**Muhasebe Modülü**
3	**Poliklinik İşlemleri Modülü**	***15***	**Personel – Maaş Modülü**	***27***	**PDKS Modülü**
4	**Randevu Modülü**	***16***	**Anket Takip Modülü**	***27***	**Personel Modülü**
5	**Malzeme İstek Modülü**	***17***	**Arşiv Modülü**	***28***	**Uzaktan Eğitim Modülü**
6	**Poliklinik Planlama Modülü**	***18***	**Atık Yönetimi Modülü**	***29***	**Ayarlar Modülü**
7	**Arıza Bildirim Modülü**	***19***	**Borçlular Defteri Modülü**	***30***	**Duyuru Yönetimi Modülü**
8	**Diş Protez Lab. Modülü**	***20***	**Doktor Performans Analizi Modülü**	***31***	**Yetkilendirme Modülü**
9	**Randevu İzleme Ekranı Modülü**	***21***	**Faturalandırma Modülü**		
10	**Röntgen Modülü**	***22***	**Hasta ve Çalışan Güvenliği Olay Bildirim Sistemi Modülü**		
11	**Servis İşlemleri Modülü**	***23***	**İstatistik Modülü**		
12	**SMS Modülü**	***24***	**Kalite Yönetim Sistemi Modülü**		

Modül Kodu*	

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

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

...../...../.....
Adı-Soyadı
İmza

* Görev tanımınızla ilgili kullanmak istediğiniz modüllerin kodunu yazınız.

**Özellikle belirtmek istediğiniz ayrıntıyı ve talep gerekçenizi yazınız.

Önemli: ***Lütfen size uygun bir tanımlama yapabilmemiz için görev tanımı ve açıklama bölümünde net ifadelere yer veriniz. Aksi halde tanımlama işlemleri uzayabilir.***

Bilgi İşlem Sorumlusu (Görüşü)	**HBYS Yetkilisi (Görüşü)**	**ONAYLAYAN (Görüşü)**
...../...../20..... Adı Soyadı İmza	**...../...../20.....** Adı Soyadı İmza	**Beyanı Uygundur** **...../...../20.....** Merkez Müdürü (Başhekim) İmza