



T.C.
KASTAMONU VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

DOKÜMAN YÖNETİM SİSTEMİ KULLANICI TALEP FORMU

İşlem Tipi	İlk Kayıt		Güncelleme		Kapatma	
------------	-----------	--	------------	--	---------	--

Kullanıcı Bilgileri

T.C. Kimlik No	
Adı Soyadı	
Unvanı / Branşı	
Görevi	
E-posta Bilgisi	@saglik.gov.tr (zorunludur.)
Cep Tel No	

Kullanıcı Yetki Bilgileri

Standart Kullanıcı		Kurum / Birim Sorumlusu	
Evrak Kayıt Yetkilisi *		Diğer	

Yukarıdaki bilgiler doğrultusunda adıma DYS yetkisinin verilmesini ve tarafıma yapılacak DYS belge sevk ve havaleleri ile yukarıda yer alan eposta adresine yapılan gönderilerin tarafıma tebliğ edilmiş olarak nitelendirileceğini resmi belge iş ve işlerimi DYS üzerinden yapacağımı yapmadığım takdirde hakkımda yapılacak yasal işlemleri kabul ve taahhüt ederim.

Adı Soyadı :

Tarih :

İmza:

Kullanıcı Kurum Bilgileri

Kurum Adı	
Birim Adı	
Kurum Telefon No	

Kurum Amirinin :

Adı Soyadı :

Unvanı :

Tarih :

İmza :

* Bu yetki Kurum/Birim Evrak kayıt Biriminde görev yapan yada görevli personele verilir.