………………………………..… SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

ÖZEL SAĞLIK KURULUŞLARI

HASTANE DEFTER KULLANIM YETKİ TALEBİ

Kurum Kodu(Çkys) : **………… (Enabız Kodu)**

Kurum Adı : **……………………………..……………………………..**

E-posta : **……………………………..……………………………..**

Telefon : **……………………………..……………………………..**

Firmamız, E-rapor sayfasından, Hastane Defterleri bölümüne Mesul Müdür adıyla giriş yaparak taahhütname imzalamıştır.

Hastane Defterleri ekranımızın kullanıma açılması için gereken yekinin tanımlanmasını talep etmekteyiz.

Gereğini bilgilerinize arz ederim,

Tarih:

İmza

Kaşe