**İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ**

ÖZEL SAĞLIK KURULUŞLARI

USS KULLANMA ŞİFRESİ TALEP FORMU

Tarih:

**İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE**

**(Sağlık Bilgi Sistemleri Birimi)**

İliniz

adresinde faaliyet göstermekte olan

için Sağlık Net Online (USS) şifresi

verilmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Adı Soyadı

 İmza

Kurum ÇKYS Kodu ve Hekim T.C :

Yazılım (HBYS) Firması

Yazılım Firması Sözleşme Bitiş tarihi (gün/ay/yıl) :

E-posta:

Tel: