



BARTIN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

E-POSTA TALEP FORMU (TÜZEL KİŞİLER)

DOK. NO: BG.FR.07

YAY. TRH: 08.02.2022

REV. TRH:

REV NO:

SAYFA S 1 / 1

					Mail adresinin kullanıldığı Daire Başkanlığı / Koordinatörlük sorumlusu							
Sıra	Yazışmalarda Görünmesi Tercih Edilen İsim	Sistem Adının Noktadan Önceki Kısmı	Sistem Adının Noktadan Sonraki Kısmı	Sistem Adı	Kullanım Yeri	Bağlı Yöneticisi epostası (@saglik.gov.tr olmalıdır)	Başkanlık / Bölüm / Birim	KURUM	ADRES	İLÇE	ŞEHİR	TELEFON
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

Bu Sütunlarda Türkçe Harf Kullanmayınız. Tanımlanacak "SİSTEM ADI" sütunları 20 karakteri geçemez