



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KOCAELİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

KABLOSUZ İNTERNET ERİŞİM TALEP FORMU

Kodu	Yayınlama tarihi	Revizyon Tarihi	Revizyon No	Sayfa
PDH.BG.FR.03			--	

Kullanıcı Tipi	Hasta /Hasta Yakını	Firma	Misafir
Adı Soyadı			
Tc Kimlik No			
Cep Telefonu			
Adres			
Cihaz MAC Adresi			
Talep Tarihi		Talep Süresi	

Yukarıda belirtmiş olduğum şahsıma ve kullandığım cihaza ait bilgilerin doğru olduğunu, yukarıda MAC adresi yazılan cihaz ile
..... **kurumunda kablosuz internet** yoluyla yapılacak olan tüm internet erişimlerinden kaynaklanabilecek hukuka aykırı durumlardan mali ve cezai olarak tarafımın sorumlu olacağını peşinen kabul eder, 5651 Sayılı "İnternet Ortamında Yapılan Yayınların Düzenlenmesi ve Bu Yayınlar Yoluyla İşlenen Suçlarla Mücadele Edilmesi Hakkında Kanun" hükümlerine aykırı faaliyet içerisinde bulunmayacağımı taahhüt ederim.

Adı Soyadı
İmza

Bu kısım Bilgi Sistemleri birimi tarafından doldurulacaktır.

İnternet Erişiminde Kullanılacak Kullanıcı Adı	
Şifre	
Erişimin Sonlandırılacağı Tarih ve Saat	