T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI KOCAELİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ		YEDEKLEME KONTROL LİSTESİ FORMU		
Kodu	**Yayınlama tarihi**	**Revizyon Tarihi**	**Revizyon No**	**Sayfa**
PDH.BG.FR.010			**--**	

Kontrol Tarihi	Sunucu Adı	Yedek Periyodu	Durum	Son Başarılı Yedek Tarihi	Kontrol Eden Ad Soyad İmza