T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI

KİLİS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Aşağıda bilgilerini vermiş olduğum sunucu ile ilgili tüm tanımlamaların tarafınızdan onaylanması için gereğini bilgilerinize arz ederim.

Yetkili Birim Onay

Mühür / İmza

|  |  |
| --- | --- |
| **SUNUCU ADI** | (........................) |
| **IP ADRESİ** |  |
| **YER (FİZİKSEL KONUM)** |  |
| **SORUMLULAR (ADMİN ŞİFRESİNE SAHİP OLANLAR)** |  |
| **ULAŞILABİLECEK TELEFON VE E-MAİL** | Telefon :  E-Mail : |
| **DONANIM** |  |
| **İŞLETİM SİSTEMİ** |  |
| **SUNUCU ÜZERİNDE BULUNAN GÜVENLİK YAZILIMLARI** |  |
| **EK AÇIKLAMALAR** |  |