

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
ÖZEL SAĞLIK KURULUŞLARI
USS KULLANMA ŞİFRESİ TALEP FORMU

Tarih: ____ / ____ / ____

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilgi Sistemleri Birimi)

İliniz _____ ilçesinde, _____
_____ adresinde faaliyet
göstermekte olan _____

için Sağlık Net Online (USS) şifresi verilmesi hususunda; Gereğini
bilgilerinize arz ederim.

	Adı Soyadı _____ İmza
--	-----------------------------

KURUM VE HEKİM BİLGİLERİ

Kurum ÇKYS Kodu:	
Hekim T.C. Kimlik No:	
Yazılım (MBYS) Firması:	WELLOPTA A.Ş
Sözleşme Bitiş Tarihi:	____ / ____ / ____
E-posta:	
Telefon:	