



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
BATMAN
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

TEKNİK ARIZA BİLDİRİM FORMU

BATMAN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
BİLGİ İŞLEM

TEKNİK ARIZAYI BİLDİREN

*Adı Soyadı

*Kurumu/ Şubesi/Birimi

*Kurum tel

*Dahili Tel

*Arızanın Bildirildiği Tarih/Saat

*Arızayı Bildiren Personel İmzası

ARIZAYI BİLDİRENİN VERDİĞİ BİLGİ

Not: Yıldızlı(*) Alanların Doldurulması Zorunludur.

ARIZAYI GİDEREN PERSONEL

Adı Soyadı / Tarih/ İmzası

YAPILAN İŞLEMLER