

T.C.
KİLİS 7 ARALIK ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
KBS/E-BÜTÇE OTOMASYONLARI KULLANICI VE YÖNETİCİ TAAHHÜTNAMESİ

ŞİFRE VERİLECEK PERSONELİN	
T.C Kimlik No	
Kurum Sicil No	
Ad Soyadı	
Unvanı	
Görevi(*)	
Yetki Verilen Otomasyon	
Yetkilendirildiği Birim/Birimler	
Telefon No (GSM)	
Telefon No (Sabit)	
E-Posta Adresi	

KBS/E-BÜTÇE otomasyonunu kullanmak üzere tarafıma verilecek şifre ile yapacağım işlemlerdeki veri güvenliğinden ve veri girişleri sonucunda oluşacak raporların doğruluğundan sorumlu olacağımı, şifremini başkasına kullandırmayacağımı, herhangi bir sebeple görevimden (ücretsiz izin, emeklilik, görev değişikliği, istifa vs.) ayrıldığımda şifremin kullanıma kapatılması için birim amirime haber vereceğimi, kişisel bilgisayarımdeki bilgilere ulaşılmaması konusunda gerekli tedbirleri alacağımı taahhüt ederim.

PROGRAM KULLANICISI

Adı Soyadı:

Unvanı:

İmzası:

Birimimde görevli yukarıda bilgileri yazılı personelin veri girişlerinin doğruluğuna ilişkin yönetici kontrolü yapacağımı ve görevinden süreli ve süresiz ayrılmaları durumunda kullanıcı adının kullanıma kapatılmasını sağlayacağımı kabul ve taahhüt ederim.

BİRİM AMİRİ

Adı Soyadı:

Unvanı:

İmzası: