



Αίτηση Πρόσβασης στο Πληροφοριακό Σύστημα

Στοιχεία Αιτούντος			
Όνοματεπώνυμο:			
Τμήμα/Κλινική:			Τηλ.:
Κωδικός χώρου:	Όροφος:	Υπολογιστής (IP) :	
Είναι ο Υπολογιστής συνδεδεμένος σε Ιατρικό Μηχάνημα ή Π.Σ. του Ιδρύματος (*):			
Εφαρμογές:			
Χρήση Ηλεκτρονικού Ταχυδρομείου (περιγραφή):			
Χρήση άλλων διαδικτυακών Προγραμμάτων (όπως msn, skype, κ.λ.π.)			
Αίτηση Ηλεκτρονικής Διεύθυνσης (π.χ. *****@kavalahospital.gr):			
Όνομα Χρήστη:			
Κωδικός:			
Η υπογράφουσα/ Ο υπογράφων δηλώνω ότι με την παρούσα αίτησή μου, έχω λάβει γνώση του «Κανονισμού λειτουργίας Πληροφοριακού Συστήματος και Υπολογιστικών Συστημάτων του Νοσοκομείου Καβάλας» και είμαι σύμφωνος με αυτόν.			Ο Χρήστης Υπογραφή

Ενεργοποίηση Λογαριασμού	
α/α Εργασίες - πρόσθετα υλικά - εξοπλισμός	

Εγκατάσταση: Ονοματεπώνυμο: Ιδιότητα:
Ημ/νία: Ωρα: Υπογραφή:

Άλλες Παρατηρήσεις:	Ο/Η Διευθυντής Υπογραφή
---------------------	--------------------------------