Demo Hastanesi
FİNANS YÖNETİMİ KAYIT FORMU

Doküman Kodu: AD.FR.025	Yayın Tarihi: 15.09.2021	Revizyon Tarihi: -	Revizyon No: 0	Sayfa: 1 / 1

Olay Adı:				**Başlangıç Tarihi:**
Yer:				
Sayfa Numarası:				
Tarih ve Saat	**Olayın Tanımı (Niteliği, boyutu, olası sonuçları)**	**Müdahaleler** **(Fon kaynağı, niteliği, erişim sağlanan yer, kim karar veriyor, kim ne yapıyor, ne zaman, nasıl, zaman çizelgeleri)**	**Koordinasyon Mekanizmaları ve Bilgi Paylaşımı** (Ne, nasıl, kiminle, ne zaman)	**İzleme, Takip ve Durum** (Ne, nasıl, kiminle, ne zaman)
Kayıt Sorumlusu				

Olay Yönetim Ekibi tarafından kullanılacaktır