

	KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ	HAP.FR.01	
	SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ	Yürürlük Tarihi	
	FARABI HASTANESİ	Revizyon No	
	HAP ORGANİZASYON	Revizyon Tarihi	
	GÖREVLENDİRME FORMU	Sayfa No	

Olay Adı:		Tarih .../.../....	Saat ../..	Operasyonel Dönem- Tarih/Saat .../.../.... ../..
Pozisyon	Olay Yönetim Ekibi Ad- Soyad/Kurum			
HAP Başkanı				
Halkla İlişkiler Sorumlusu				
Kurumlararası Koordinasyon Yetkilisi				
İş Güvenliği Sorumlusu				
Tıbbi/Teknik Danışman ()				
Tıbbi/Teknik Danışman ()				
Tıbbi/Teknik Danışman ()				
Tıbbi/Teknik Danışman ()				
Tıbbi/Teknik Danışman ()				
Tıbbi/Teknik Danışman ()				
Tıbbi/Teknik Danışman ()				
HAP Sekreteryası				
Operasyon Bölümü				
Operasyon Şefi				
Alan Sorumlusu				
Tıbbi Bakım Sorumlusu				
Altyapı Sorumlusu				
Güvenlik Sorumlusu				
İş Sürekliliği Sorumlusu				
Tehlikeli Maddeler (KBRN) Sorumlusu				
Psikososyal Destek Sorumlusu				
Planlama Bölümü				
Planlama Şefi				
Personel ve Malzeme Yönetimi Sorumlusu				
Durum Değerlendirme Sorumlusu				
Dokümantasyon Sorumlusu				
Acil Durum Sonlandırma Sorumlusu				
Lojistik Bölümü				
Lojistik Şefi				
Sağlık Otelciliği Hizmetleri Sorumlusu				
İnsan Kaynakları Sorumlusu				
Cihaz ve Araç/Gereç Sorumlusu				
İlaç ve Tıbbi Malzeme Sorumlusu				
Finans Bölümü				
Finans Şefi				
Satınalma Sorumlusu				
Faturalama/Maliyetlendirme Sorumlusu				
Hukuk/Tazminat Sorumlusu				
Tahakkuk Sorumlusu				
Dış Kurum Temsilcisi (Hastane Afet Yönetim Merkezinde)				
Hastane Temsilcisi (Dış Kurumda)				
Görev Yeri				
1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır. 2) HAP Başkanı tarafından doldurulur/doldurtulur. 3) Tüm ilgili birim ve kişilere gönderilir.				