



KRİPTOGRAFİK ORTAK ÇALIŐABİLİRLİK TEST TALEP FORMU

1. KURUM/FİRMA BİLGİSİ

| | |
|------------------|--|
| Kurum/Firma Adı | |
| Adresi | |
| Telefon Numarası | |

2. GELİŐTİRİLMİŐ UYGULAMA/EBYS BİLGİSİ

| | EBYS/UYGULAMA ADI | E-İMZA ENTEGRATÖR ADI ¹ | KULLANILAN E-İMZA API'si | PLATFORM | Uygulama yeni API versiyonları yayınlandıkça güncelleniyor mu? |
|---|-------------------|------------------------------------|--------------------------|--|--|
| 1 | | | | <input type="checkbox"/> Java <input type="checkbox"/> .NET <input type="checkbox"/> Diđer | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |
| 2 | | | | <input type="checkbox"/> Java <input type="checkbox"/> .NET <input type="checkbox"/> Diđer | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |
| 3 | | | | <input type="checkbox"/> Java <input type="checkbox"/> .NET <input type="checkbox"/> Diđer | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |
| 4 | | | | <input type="checkbox"/> Java <input type="checkbox"/> .NET <input type="checkbox"/> Diđer | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |

3. İLETİŐİM KURULACAK KİŐİ BİLGİSİ

| | Adı Soyadı | Görevi | E-Posta Adresi | Telefon |
|---|------------|--------|----------------|---------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |

Bir idari bir teknik olmak üzere en az iki kiői bilgisi verilmesi beklenmektedir.

¹ Kendi yazılımınız ise kendi firma adınızı yazınız.