



„2013 წელს გაგრძელებულ, საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 15 მარტის N92  
დადგენილებით დამტკიცებულ ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო  
პროგრამ(ებ)ში/კომპონენტ(ებ)ში მომსახურების (საქონლის) მიმწოდებლად რეგისტრაციის  
თაობაზე

(ფორმა ივსება დადგენილი წესის შესაბამისად)

სამედიცინო დაწესებულების რეკვიზიტები

მითითებული მონაცემები გამოყენებული იქნება პროგრამის ფარგლებში ოფიციალური ურთიერთობებისათვის

|                                                                                                                    |  |                                                                                                                    |  |                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| დაწესებულების სრული დასახელება                                                                                     |  | საიდენტიფიკაციო კოდი:                                                                                              |  |                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                    |  | <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |  |                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                    |  |                                                                                                                    |  |                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| იურიდიული მისამართი                                                                                                |  |                                                                                                                    |  |                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ქალაქი/მუნიციპალიტეტი:                                                                                             |  | მისამართი:                                                                                                         |  |                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                    |  |                                                                                                                    |  |                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ფაქტიური (მომსახურების მიწოდების) მისამართი                                                                        |  |                                                                                                                    |  |                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ქალაქი/მუნიციპალიტეტი:                                                                                             |  | მისამართი:                                                                                                         |  |                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                    |  |                                                                                                                    |  |                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| საკონტაქტო ტელეფონები                                                                                              |  | ელექტრონული ფოსტა                                                                                                  |  |                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table><tr><td></td><td></td></tr></table>                                                                         |  |                                                                                                                    |  | <table><tr><td></td><td></td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                    |  |                                                                                                                    |  |                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                    |  |                                                                                                                    |  |                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| საბანკო რეკვიზიტები                                                                                                |  |                                                                                                                    |  |                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| საბანკო დაწესებულების დასახელება:                                                                                  |  |                                                                                                                    |  |                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                    |  |                                                                                                                    |  |                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ბანკის კოდი:                                                                                                       |  | ანგარიშის ნომერი:                                                                                                  |  |                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |  |                                                                                                                    |  |                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                    |  |                                                                                                                    |  |                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ვადასტურებთ განაცხადში ჩემს მიერ დაფიქსირებული მონაცემების სისწორეს, მათ შორის სათანადო წესით აღნიშნული პროგრამ(ებ)ის (კომპონენტის) ფარგლებში შესაბამისი სამედიცინო მომსახურების მიწოდების სურვილს და გამოვთქვამთ მზადყოფნას შევასრულოთ საქართველოს მოქმედი კანონმდებლობით, მათ შორის „2012 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 15 მარტის N92 დადგენილებითა და სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს ინდივიდუალურ სამართლებრივი აქტით გათვალისწინებული შესაბამისი ვალდებულებები, რასაც გავეცანი და ვადასტურებ ხელმოწერით.

|                                       |                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელი |                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| სახელი, გვარი:                        | პირადი ნომერი:                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                       | <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                       |                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| პირადი ტელეფონის ნომერი (მობილური)    | <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                       |                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| პირადი ელექტრონული ფოსტა              |                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

ხელმოწერა

თარიღი (რიცხვი, თვე, წელი)

სამედიცინო  
დაწესებულების  
ბეჭედი

მე \_\_\_\_\_, წინამდებარე განაცხადებზე ხელმოწერით ვადასტურებ, ორგანიზაციის სახელით, რომ სრულად ვიცნობთ შესაბამისი სახელმწიფო პროგრამ(ებ)ით/კომპონენტ(ებ)ით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურების მოცულობას, ამ პროგრამ(ებ)ის/კომპონენტ(ებ)ის დამატებით პირობებს, ვაკმაყოფილებთ ასეთი საქმიანობისათვის კანონმდებლობით დადგენილ მოთხოვნებს და ვიღებთ პასუხისმგებლობას, როგორც მიმწოდებელი, მონიშნული პროგრამ(ებ)ით/კომპონენტ(ებ)ით ნაკისრი ვალდებულებების სრულ და ჯეროვან შესრულებაზე.

|      |                                                                                                                                                                    |                               |                              |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| 1.   | ფსიქიკური ჯანმრთელობა                                                                                                                                              |                               |                              |
| 1.1  | ბავშვთა და მოზრდილთა ფსიქიატრიული სტაციონარული მომსახურება                                                                                                         | <input type="checkbox"/> დიახ | <input type="checkbox"/> არა |
| 1.2  | ალკოჰოლის მიღებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების სტაციონარული მომსახურება                                                                             | <input type="checkbox"/> დიახ | <input type="checkbox"/> არა |
| 2.   | დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა                                                                                                                                      |                               |                              |
| 2.1. | ანტენატალური მეთვალყურეობა                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> დიახ | <input type="checkbox"/> არა |
| 2.2  | მაღალი რისკის ორსულთა, მშობიარეთა და მელოგინეთა მკურნალობა, გარდა გართულებულ ორსულთა, მშობიარეთა და მელოგინეთა კრიტიკული მდგომარეობების მართვისა (პირველი 6 დღე)   | <input type="checkbox"/> დიახ | <input type="checkbox"/> არა |
| 2.3  | გენეტიკური პათოლოგიების ადრეული გამოვლენა                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> დიახ | <input type="checkbox"/> არა |
| 3    | დიაბეტის მართვა                                                                                                                                                    |                               |                              |
| 3.1  | დიაბეტით დაავადებულ ბავშვთა მომსახურება                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> დიახ | <input type="checkbox"/> არა |
| 3.2  | სპეციალიზებული ამბულატორიული დახმარება                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> დიახ | <input type="checkbox"/> არა |
| 4    | ნარკომანია                                                                                                                                                         |                               |                              |
| 4.1  | სტაციონარული დეტოქსიკაცია და პირველადი რეაბილიტაცია;                                                                                                               | <input type="checkbox"/> დიახ | <input type="checkbox"/> არა |
| 4.2  | ჩანაცვლებითი თერაპიის განხორციელება და ჩამანაცვლებელი ნარკოტიკის მიწოდების უზრუნველყოფა ქ. თბილისისა და რეგიონებში (კახეთი, იმერეთი, გურია, სამეგრელო-ზემოსვანეთი) | <input type="checkbox"/> დიახ | <input type="checkbox"/> არა |
| 5.   | დიალიზი და თირკმლის ტრანსპლანტაცია                                                                                                                                 |                               |                              |
| 5.1  | ჰემოდიალიზით უზრუნველყოფა                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> დიახ | <input type="checkbox"/> არა |
| 5.2  | პერიტონეული დიალიზით უზრუნველყოფა                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> დიახ | <input type="checkbox"/> არა |
| 5.3  | თირკმლის ტრანსპლანტაცია                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> დიახ | <input type="checkbox"/> არა |
| 6.   | ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობა                                                                                                                       |                               |                              |
| 6.1. | ინკურაბელურ პაციენტთა ამბულატორიული პალიატიური მზრუნველობა,                                                                                                        | <input type="checkbox"/> დიახ | <input type="checkbox"/> არა |
| 6.2. | ინკურაბელურ პაციენტთა სტაციონარულ პალიატიურ მოვლა და სიმპტომური მკურნალობა                                                                                         | <input type="checkbox"/> დიახ | <input type="checkbox"/> არა |
| 7.   | იშვიათი დაავადებების მქონე და მუდმივ ჩანაცვლებით მკურნალობას დაქვემდებარებულ პაციენტთა მკურნალობა                                                                  |                               |                              |
| 7.1  | იშვიათი დაავადებების მქონე და მუდმივ ჩანაცვლებით მკურნალობას დაქვემდებარებულ 18 წლამდე ასაკის ბავშვთა სტაციონარული მომსახურება                                     | <input type="checkbox"/> დიახ | <input type="checkbox"/> არა |
| 8.   | სასწრაფო გადაუდებელი დახმარება და სამედიცინო ტრანსპორტირება                                                                                                        |                               |                              |
| 8.1  | რეფერალური დახმარება                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> დიახ | <input type="checkbox"/> არა |
| 9.   | ტუბერკულოზის მართვა                                                                                                                                                |                               |                              |
| 9.1  | სტაციონარული მომსახურების                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> დიახ | <input type="checkbox"/> არა |
| 9.2  | ამბულატორიული მომსახურების (პატიმრობისა და თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში ტუბსაწინააღმდეგო ამბულატორიული მომსახურებების გარდა)                              | <input type="checkbox"/> დიახ | <input type="checkbox"/> არა |
| 10   | აივ-ინფექცია / ჰივისი                                                                                                                                              |                               |                              |
| 10.1 | აივ-ინფექცია/ჰივისით დაავადებულთა უზრუნველყოფა ამბულატორიული მომსახურებით                                                                                          | <input type="checkbox"/> დიახ | <input type="checkbox"/> არა |
| 10.2 | აივ-ინფექცია/ჰივისით დაავადებულთა უზრუნველყოფა სტაციონარული მომსახურებით                                                                                           | <input type="checkbox"/> დიახ | <input type="checkbox"/> არა |
| 11   | ინფექციური დაავადების მართვა                                                                                                                                       |                               |                              |
|      | ინფექციური დაავადების მართვა                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> დიახ | <input type="checkbox"/> არა |

ხელმოწერა

ბეჭედი

შენიშვნა:  
“✓” ნიშნით მიეთითება ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამაში (კომპონენტში) მიმწოდებლად რეგისტრაციაზე თანხმობა ან უარი. შესაბამისი პასუხი უნდა მიეთითოს ყველა პროგრამის (კომპონენტის) გასწვრივ, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც სხვა პროგრამ(ებ)ში/კომპონენტ(ებ)ში უკვე რეგისტრირებული მიმწოდებელი განაცხადს ავსებს დამატებით, სხვა პროგრამ(ებ)ში/კომპონენტ(ებ)ში მონაწილეობის მიზნით. არასრულად, შეცდომებით ან/და დაკორექტირებული (გადახაზული) მონაცემებით შევსებული ფორმა არ მიიღება.

ინფორაცია შესაბამისი სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზიის/ნებართვის შესახებ

(ივსება შესაბამისი საქმიანობის ლიცენზიის/ნებართვის საჭიროების, აგრეთვე, იმ პროგრამებში მონაწილეობის შემთხვევაში, რომელთა მომსახურების მოცულობა და დამატებითი პირობები ითვალსწინებს საქმიანობებს, როდესაც სავალდებულოა დამატებითი სანებართვო პირობების დაკმაყოფილება ან მაღალი რისკის შემცველი საქმიანობების შესახებ სავალდებულო შეტყობინებათა რეესტრში რეგისტრაცია)

| N  | ლიცენციის ( ნებართვის) დასახელება | ლიცენზიის (ნებართვის) ნომერი |
|----|-----------------------------------|------------------------------|
| 1  |                                   |                              |
| 2  |                                   |                              |
| 3  |                                   |                              |
| 4  |                                   |                              |
| 5  |                                   |                              |
| 6  |                                   |                              |
| 7  |                                   |                              |
| 8  |                                   |                              |
| 9  |                                   |                              |
| 10 |                                   |                              |
| 11 |                                   |                              |
| 12 |                                   |                              |
| 13 |                                   |                              |
| 14 |                                   |                              |
| 15 |                                   |                              |
| 16 |                                   |                              |
| 17 |                                   |                              |
| 18 |                                   |                              |
| 19 |                                   |                              |
| 20 |                                   |                              |

.....  
ხელმოწერა

