



განცხადება

დაბადების/გარდაცვალების შესახებ სამედიცინო ცნობის
ელექტრონული წარმოების სპეციალური პროგრამული
უზრუნველყოფის მომხმარებლად რეგისტრაციის შესახებ

შეცვლის თარიღი: (რიცხვი/თვე/წელი)

3 0 0 9 2 0 1 1

სამედიცინო დაწესებულება – პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებელი დამოუკიდებელი საეიშო საქმიანობის უფლების მქონე მეწარმე ფიზიკური პირი

ივსება მხოლოდ გარდაცვალების შესახებ სამედიცინო ცნობის შეცვლის უფლებამოსილებისათვის

გვარი: _____ სახელი: _____ პირადი ნომერი:

უფლებამოსილების განხორციელების არეალი:	ქალაქი / მუნიციპალიტეტი:
1. სოფელი/დასახლებული პუნქტი:	2. სოფელი/დასახლებული პუნქტი:
3. სოფელი/დასახლებული პუნქტი:	4. სოფელი/დასახლებული პუნქტი:
5. სოფელი/დასახლებული პუნქტი:	6. სოფელი/დასახლებული პუნქტი:
7. სოფელი/დასახლებული პუნქტი:	8. სოფელი/დასახლებული პუნქტი:
9. სოფელი/დასახლებული პუნქტი:	

სამედიცინო დაწესებულება – იურიდიული პირი

დასახელება: **შპს „ჯეო ჰოსპიტალს“** საიდენტიფიკაციო კოდი: **4 0 4 9 0 7 7 3 0**

ქალაქი / მუნიციპალიტეტი: **ქ. თბილისი, კოსტავას 67, ბინა 71**

სამედიცინო დაწესებულების უფლებამოსილი პირები, რომლებიც განახორციელებენ დაბადების / გარდაცვალების შესახებ სამედიცინო ცნობის შეცვლას და გაგზავნას:			
N:	გვარი, სახელი	პირადი ნომერი	შესაბამისი ცნობის შეცვლის უფლება (მონიშნეთ ველა შესაბამისი პასუხი)
1.	ქავთარაშვილი დემურ	4 4 0 0 1 0 0 1 9 2 4	1. <input checked="" type="checkbox"/> გარდაცვალება 2. <input type="checkbox"/> დაბადება
2.	გოგალაძე თეა	5 7 0 0 1 0 2 2 8 7 1	1. <input checked="" type="checkbox"/> გარდაცვალება 2. <input type="checkbox"/> დაბადება
3.	მოსიაშვილი თამარ	1 1 0 0 1 0 0 8 5 7 8	1. <input checked="" type="checkbox"/> გარდაცვალება 2. <input checked="" type="checkbox"/> დაბადება
4.	თედიაშვილი ანდრო	1 1 0 0 1 0 0 1 9 4 3	1. <input checked="" type="checkbox"/> გარდაცვალება 2. <input type="checkbox"/> დაბადება
5.	ზულმატაშვილი ლიანა	1 1 0 0 1 0 0 2 1 8 5	1. <input checked="" type="checkbox"/> გარდაცვალება 2. <input type="checkbox"/> დაბადება
6.	გოგოლაძე ნუნუ	1 1 0 0 1 0 1 0 0 1 9	1. <input checked="" type="checkbox"/> გარდაცვალება 2. <input type="checkbox"/> დაბადება
7.	ლომსაძე ხათუნა	1 1 0 0 1 0 0 5 0 3 2	1. <input checked="" type="checkbox"/> გარდაცვალება 2. <input type="checkbox"/> დაბადება
8.	ტიტვინიძე მათა	0 1 0 1 3 0 2 4 7 6 3	1. <input checked="" type="checkbox"/> გარდაცვალება 2. <input type="checkbox"/> დაბადება
9.	მაკარიშვილი მარინე	3 5 0 0 1 1 0 9 1 1 7	1. <input checked="" type="checkbox"/> გარდაცვალება 2. <input type="checkbox"/> დაბადება
10.	ფარჯიანი თამარი	1 2 0 0 1 0 5 3 7 8 8	1. <input checked="" type="checkbox"/> გარდაცვალება 2. <input checked="" type="checkbox"/> დაბადება

კანონმდებლობის შესაბამისად, გთხოვთ წინამდებარე მონაცემების გათვალისწინებით მოახდინოთ სამედიცინო დაწესებულების რეგისტრაციის გარდაცვალების/დაბადების შესახებ სამედიცინო ცნობის ელექტრონული წარმოების სპეციალური პროგრამული უზრუნველყოფის მომხმარებლად.

სამედიცინო დაწესებულების საკონტაქტო პირი:
კალანდაძე გიორგი 577 141407 registracia@hn.ge
გვარი, სახელი ტელეფონი ელ. ფოსტა

სამედიცინო დაწესებულების პასუხისმგებელი პირი:
ჯორბენაძე დავით
გვარი, სახელი
დირექტორი
თანამდებობა (მხოლოდ იურიდიული პირებისათვის)

Handwritten signature
ხელმოწერა

