



საქართველოს შრომის,
ჯანმრთელობისა და
სოციალური დაცვის
სამინისტრო

განცხადება

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

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის,
ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის
2011 წლის 12 იანვრის №7/ო ბრძანებით

შეცვლის თარიღი: (რიგვი/თვე/წელი)

3 0 0 9 2 0 1 1

სამედიცინო დაწესებულება – პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებელი დამოუკიდებელი საექიმო საკმედიცინო უფლებების მქონე მეწარმე ფიზიკური პირი

ივსება მხოლოდ გარდაცვალების შესახებ სამედიცინო ცნობის შევსების უფლებამოსილებისათვის

გვარი: _____ სახელი: _____ პირადი ნომერი: _____

უფლებამოსილების განხორციელების არეალი:	ქალაქი / მუნიციპალიტეტი:
1. სოფელი/დასახლებული პუნქტი:	2. სოფელი/დასახლებული პუნქტი:
4. სოფელი/დასახლებული პუნქტი:	5. სოფელი/დასახლებული პუნქტი:
7. სოფელი/დასახლებული პუნქტი:	8. 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 განხორციელებენ დაბადების / გარდაცვალების შესახებ სამედიცინო ცნობის შევსებას და გაგზავნას:			
N:	გვარი, სახელი	პირადი ნომერი	შესაბამისი ცნობის შევსების უფლება (მინიმუმ ერთი უფლება უნდა იქონიებდეს)
1.	ზენაიშვილი ნონა	6 1 0 0 1 0 1 5 0 0 6	1. <input checked="" type="checkbox"/> გარდაცვალება 2. <input type="checkbox"/> დაბადება
2.	ყვავილაშვილი მირანდა	0 1 0 2 9 0 1 0 4 2 9	1. <input checked="" type="checkbox"/> გარდაცვალება 2. <input type="checkbox"/> დაბადება
3.	გრიგოლაშვილი თამარი	1 6 0 0 1 0 0 9 7 7 0	1. <input checked="" type="checkbox"/> გარდაცვალება 2. <input type="checkbox"/> დაბადება
4.	იორამაშვილი ინგა	1 6 0 0 1 0 0 4 7 4 7	1. <input checked="" type="checkbox"/> გარდაცვალება 2. <input type="checkbox"/> დაბადება
5.	ბახტაძე თამარი	1 6 0 0 1 0 1 0 4 3 6	1. <input checked="" type="checkbox"/> გარდაცვალება 2. <input type="checkbox"/> დაბადება
6.	ნათელაშვილი ლიანა	1 6 0 0 1 0 1 0 7 0 4	1. <input checked="" type="checkbox"/> გარდაცვალება 2. <input type="checkbox"/> დაბადება
7.	ქობალაია მედეა	1 6 0 0 1 0 0 6 2 7 1	1. <input checked="" type="checkbox"/> გარდაცვალება 2. <input type="checkbox"/> დაბადება
8.	დარჩია მაკა	3 3 0 0 1 0 0 0 1 9 3	1. <input checked="" type="checkbox"/> გარდაცვალება 2. <input type="checkbox"/> დაბადება
9.	შალიკაშვილი მარინე	3 1 0 0 1 0 0 1 3 9 2	1. <input checked="" type="checkbox"/> გარდაცვალება 2. <input type="checkbox"/> დაბადება
10.	ოთარაშვილი მზია	0 1 0 0 3 0 0 3 9 8 9	1. <input checked="" type="checkbox"/> გარდაცვალება 2. <input type="checkbox"/> დაბადება

კანონმდებლობის შესაბამისად, გთხოვთ წინამდებარე მონაცემების გათვალისწინებით მოახდინოთ სამედიცინო დაწესებულების რეგისტრაცია 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

Handwritten signature

გვარი, სახელი

სტამბა

დირექტორი

თანამდებობა (მხოლოდ იურიდიული პირებისათვის)

