



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: (რიცხვი/თვე/წელი)

3 0 0 9 2 0 1 1

სამედიცინო დაწესებულება – პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებელი დამოუკიდებელი საექიმო 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 შევსებას და გაგზავნას:			
N:	გვარი, სახელი	პირადი ნომერი	შესაბამისი ცნობის შევსების უფლება (მონიშნეთ ყველა შესაბამისი პასუხი)
1.	ჯოხაძე თინათინი	1 3 0 0 1 0 3 0 1 8 7	1. <input checked="" type="checkbox"/> გარდაცვალება 2. <input type="checkbox"/> დაბადება
2.	ქაჩლიშვილი ნინა	1 3 0 0 1 0 1 1 7 8 7	1. <input checked="" type="checkbox"/> გარდაცვალება 2. <input type="checkbox"/> დაბადება
3.	ყაჭიაშვილი ხათუნა	1 3 0 0 1 0 4 7 0 3 9	1. <input checked="" type="checkbox"/> გარდაცვალება 2. <input type="checkbox"/> დაბადება
4.	ავლადიშვილი თამარ	0 1 0 0 8 0 3 4 4 8 9	1. <input checked="" type="checkbox"/> გარდაცვალება 2. <input type="checkbox"/> დაბადება
5.	რევაზიშვილი ნათელა	3 6 0 0 1 0 0 6 2 7 3	1. <input checked="" type="checkbox"/> გარდაცვალება 2. <input type="checkbox"/> დაბადება
6.	კობიაშვილი ნინო	3 6 0 0 1 0 0 5 6 6 1	1. <input checked="" type="checkbox"/> გარდაცვალება 2. <input checked="" type="checkbox"/> დაბადება
7.	ოდუკაძე ლეილა	3 6 0 0 1 0 3 2 3 8 2	1. <input checked="" type="checkbox"/> გარდაცვალება 2. <input checked="" type="checkbox"/> დაბადება
8.	ტაბიძე ნინო	3 6 0 0 1 0 2 1 3 2 0	1. <input checked="" type="checkbox"/> გარდაცვალება 2. <input checked="" type="checkbox"/> დაბადება
9.	ნალბანდიშვილი ნათელა	3 6 0 0 1 0 1 4 3 4 7	1. <input checked="" type="checkbox"/> გარდაცვალება 2. <input type="checkbox"/> დაბადება
10.	ბურდული მანანა	3 6 0 0 1 0 0 6 7 1 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

სამედიცინო დაწესებულების პასუხისმგებელი პირი:

**ჯორჯენაძე დავით** **დირექტორი**

გვარი, სახელი ხელმოწერა

თანამდებობა (მხოლოდ იურიდიული პირებისათვის)

