



დანართი №2

უფლებამოსილი ექიმის აღიარებაში მონაწილეობის განცხადება

1. გთხოვთ, წარმოდგენილი განცხადებისა და თანდართული დოკუმენტების საფუძველზე, გამიწიოთ ქვემოთ აღნიშნული მომსახურება (აღნიშნეთ ერთ-ერთი ქვემოთ ჩამოთვლილი):

- ☐ უფლებამოსილი ექიმის აღიარებაში მონაწილეობა
- ☐ უფლებამოსილი ექიმის აღიარების გაგრძელება
- ☐ აღიარებული სამედიცინო დაწესებულებებისა და ექიმების რეესტრის განახლება
- ☐ უფლებამოსილი ექიმის შეჩერებული აღიარების აღდგენა

2. ექიმის პირადი მონაცემები:

სახელი და გვარი:

პირადი №:

სქესი, მოქალაქეობა:

დაბადების თარიღი:

ფაქტობრივი მისამართი:

საკონტაქტო ტელეფონი:

ელექტრონული ფოსტა:

☐ მამრ ☐ მდედ

ფოტო

3. მონაცემები მიღებული უმაღლესი სამედიცინო განათლების შესახებ:

საგანმანათლებლო დაწესებულების დასახელება: _____

კვალიფიკაცია: _____

სწავლების პერიოდი (დაწყებისა და დასრულების წლები): _____

განათლების დამადასტურებელი საბუთის ნომერი: _____

განათლების დამადასტურებელი საბუთის გაცემის თარიღი: _____

4. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ გაცემული სახელმწიფო სერტიფიკატის მონაცემები:

სერტიფიკატის N: _____ გაცემის თარიღი: _____



სპეციალობა:



შინაგანი მედიცინა;



საოჯახო მედიცინა;

5. ინფორმაცია დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის შესახებ (ბოლო ხუთი წლის განმავლობაში).

პერიოდი დანიშვნა - დათხოვნა	დაწესებულება	დაკავებული თანამდებობა და სპეციალობა

6. სამედიცინო დაწესებულების მონაცემები, რომელშიც დასაქმებულია ექიმი:

დასახელება: _____

საიდენტიფიკაციო კოდი: _____

ხელმძღვანელი პირის შესახებ ინფორმაცია: _____

სახელი, გვარი, საკონტაქტო ნომერი

7. განცხადებას თან ახლავს შემდეგი დოკუმენტაცია:

- ☐ პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის ასლი;
- ☐ უმაღლესი სამედიცინო განათლების დამადასტურებელი დიპლომის ასლი;
- ☐ საექიმო საქმიანობის უფლების დამადასტურებელი სახელმწიფო სერტიფიკატის ასლი;
- ☐ განცხადების მე-5 პუნქტში აღნიშნული სამუშაო გამოცდილების დამადასტურებელი დოკუმენტი(ები).

8. მე, ხელის მომწერი ვადასტურებ შემდეგ ინფორმაციას:

დიახ არა

- ვიცნობ მატარებლის მემანქანის ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან დაკავშირებულ საქართველოს კანონმდებლობას; ☐ ☐
- ვარ დამოუკიდებელი მემანქანეთა დამსაქმებელი ორგანიზაციისგან და საქმიანობას ვახორციელებ მიუკერძოებლად; ☐ ☐
- პასუხს ვაგებ მატარებლის მემანქანის ჯანმრთელობის მდგომარეობის კონფიდენციალობაზე; ☐ ☐



- სააგენტოს მიერ ჩატარებული პერიოდული მონიტორინგის დროს მზად ვარ
წარვუდგინო სააგენტოს კანონმდებლობით გათვალისწინებული
ინფორმაცია და დოკუმენტები; ☐ ☐
- ჯანმრთელობის ცნობის გაცემისას გავითვალისწინებ მატარებლის
მემანქანის საქმიანობის სფეროს სპეციფიკას; ☐ ☐
- პასუხს ვაგებ ჩემს მიერ მატარებლის მემანქანის ჯანმრთელობის
მდგომარეობის შეფასებისა და გაცემული ჯანმრთელობის ცნობის
სისწორეზე; ☐ ☐
- პასუხს ვაგებ შევასრულო „მემანქანის მართვის მოწმობისა და მემანქანის
სერტიფიკატის გაცემის, განახლებისა და აღდგენის, მათი მოქმედების
შეჩერებისა და გაუქმების წესებისა და პირობების დამტკიცების შესახებ“
საქართველოს მთავრობის 2024 წლის 25 დეკემბრის №442 დადგენილებით
გათვალისწინებული ვალდებულებები. ☐ ☐

ექიმის ხელმოწერა: _____

სახელი გვარი: _____

თარიღი: _____