



15 05



030147793472418

დანართი 1'

ბიოლოგიისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო
ული პირი სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო
„გეგმვა“ სააგენტოს

შეტყობინების ფორმა

- სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი შპს „მედიკუსი“
(სახელწოდება, სამართლებრივი ფორმა, ფიზიკური პირის შემთხვევაში-სახელი, გვარი)
- რეკვიზიტები ლუბლიანა 13/ჭიათურა 6, ქველ: 593 592 883
(მომსახურების მიწოდების ფაქტობრივი მისამართი, ტელეფონი, ფაქსი, ელ-ფოსტა)
dentalmedicus@gmail.com
- საიდენტიფიკაციო კოდი/პირადი N 405257387
- უფლებამოსილი პირი ნატია დევიდარიანი (01024024108)
სახელი, გვარი, პირადი N, ტელეფონი, ელ-ფოსტა
ქველ: 599 45 50 95 natia.devदारiანი@gmail.com
- ინფორმაცია მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის/საქმიანობების შესახებ:
დაწყება დასრულება

o სტომატოლოგია <u>ქაბუჭიშვილი სოსო, იხიანაძე, იხიანაძე, იხიანაძე</u> o ქირურგია (ყველა პროფილის, მ.შ. ოფთალმოქირურგია) _____ o მეანობა-გინეკოლოგია o გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება(EMERGENCY) o დერმატო-ვენეროლოგია (მ.შ. დერმატოკოსმეტოლოგია) o რადიოლოგია (გარდა ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკისა) _____ o დიალიზი o ინფექციურ დაავადებებთან (მათ შორის, აივ ინფექცია/შიდსთან) დაკავშირებული საქმიანობა o ფთიზიატრია o ენდოსკოპია o იმუნოზაცია o ოფთალმოლოგიური სერვისის ფარგლებში ორგანოს, ორგანოთა ნაწილების, ქსოვილებისა და უჯრედების აღება და/ან შენახვა და/ან გადანერგვა o ლაბორატორია (ლაბორატორიული სერვისის მიმწოდებელი, რომელიც ახორციელებს ადამიანის ბიოლოგიური მასალის ლაბორატორიულ დიაგნოსტიკას) _____	o სტომატოლოგია _____ o ქირურგია (ყველა პროფილის, მ.შ. ოფთალმოქირურგია) _____ o მეანობა-გინეკოლოგია o გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება(EMERGENCY) o დერმატო-ვენეროლოგია (მ.შ. დერმატოკოსმეტოლოგია) o რადიოლოგია (გარდა ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკისა) _____ o დიალიზი o ინფექციურ დაავადებებთან (მათ შორის, აივ ინფექცია/შიდსთან) დაკავშირებული საქმიანობა o ფთიზიატრია o ენდოსკოპია o იმუნოზაცია o ოფთალმოლოგიური სერვისის ფარგლებში ორგანოს, ორგანოთა ნაწილების, ქსოვილებისა და უჯრედების აღება და/ან შენახვა და/ან გადანერგვა o ლაბორატორია (ლაბორატორიული სერვისის მიმწოდებელი, რომელიც ახორციელებს ადამიანის ბიოლოგიური მასალის ლაბორატორიულ დიაგნოსტიკას) _____
---	---

უფლებამოსილი პირის ხელმოწერა, შეტყობინების შევსების თარიღი:

ბ.შ. ნატია დევიდარიანი "20" 12-წ.

ს.შ. მედიკუსი

ფორმა № 127760
21 11 2018
1