

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში გეგმური ამბულატორიული მომსახურების მისაღებად სამედიცინო დაწესებულებაში რეგისტრაციაზე მოსარგებლის

თანხმობის ფორმა №

(სამედიცინო დაწესებულების დასახელება)

მოსარგებლე:

სახელი: -----

გვარი: -----

პირადი ნომერი:

ფაქტობრივი მისამართი:

მუნიციპალიტეტი: -----

ქალაქი: -----

დასახლებული პუნქტი: -----

მისამართი: -----

საკონტაქტო ტელეფონის ნომერი: -----

**მშობელი (დედა; მამა) ან მეურვე/მზრუნველი (ივსება 18 წლამდე მოსარგებლის შემთხვევაში)
(გაუსვით ხაზი)**

სახელი: -----

გვარი: -----

პირადი ნომერი:

მოსარგებლე ან მისი კანონიერი წარმომადგენელი აცხადებს თანხმობას დარეგისტრირდეს აღნიშნულ სამედიცინო დაწესებულებაში

მოსარგებლის ხელმოწერა----- თარიღი -----

**კანონიერი წარმომადგენლის (დედა; მამა; და; ძმა; ბებია; პაპა; მეურვე; მზრუნველი; სხვა)
(გაუსვით ხაზი)**

სახელი: ----- გვარი: -----

პირადი ნომერი:

ხელმოწერა----- თარიღი -----

დამკვეთი: სსიპ „სოციალური მომსახურების სააგენტო“

დამზადებელი: ს.ს. „ბეჭდვითი სიტყვის კომბინატი“

რეგისტრაციის № 13 - 4139