



უფლებამოსილი ექიმის შერჩევაში მონაწილეობის განაცხადი

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

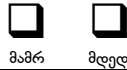
- უფლებამოსილი ექიმის შერჩევაში მონაწილეობა
- უფლებამოსილი ექიმის სერტიფიკატის განახლება
- უფლებამოსილი ექიმის შეჩერებული სერტიფიკატის აღდგენა

2. ექიმის პირადი მონაცემები:

სახელი და გვარი: _____

პირადი : _____

სქესი, მოქალაქეობა: _____



დაბადების თარიღი: _____

ფაქტიური მისამართი: _____

საკონტაქტო ტელეფონი: _____

ელექტრონული ფოსტა: _____

ფოტო

3. მონაცემები მიღებული უმაღლესი სამედიცინო განათლების შესახებ:

საგანმანათლებლო დაწესებულების დასახელება: _____

კვალიფიკაცია: _____

სწავლების პერიოდი (დანებისა და დასრულების წლები): _____

განათლების დამადასტურებელი საბუთის ნომერი: _____

განათლების დამადასტურებელი საბუთის გაცემის თარიღი: _____

4. საქართველოს 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	დანესებულება	დაკავებული თანამდებობა და სპეციალობა

მათ შორის მეზღვაურთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასების და სამედიცინო მონმობის
გაცემასთან დაკავშირებულ სფეროში მუშაობის ერთი წლის სტაჟი:

ან/და, გემზე ექიმად მუშაობის ერთწლიანი სტაჟი (ასეთის არსებობის შემთხვევაში)

გემის სახელი და IMO ნომერი	გემის ტიპი	მიწერის პორტი	ნაოსნობის პერიოდი		სრული სტაჟი (თვე, დღე)
			დანიშვნა	დათხოვნა	

ან/და

- შესაბამისი სუბსპეციალობის მონმობა საზღვაო მედიცინაში
- გავლილი აქვს უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამა

დიახ	არა
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. სამედიცინო დანესებულების მონაცემები, რომელშიც დასაქმებულია / დასაქმდება ექიმი:

დასახელება: _____

საიდენტიფიკაციო კოდი: _____

ხელმძღვანელი პირის შესახებ ინფორმაცია: _____

სახელი, გვარი, საკონტაქტო ნომერი

7. განაცხადს თან ახლავს შემდეგი დოკუმენტაცია:

- პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის ასლი;
- უმაღლესი სამედიცინო განათლების დამადასტურებელი დიპლომის ასლი;
- საექიმო საქმიანობის უფლების დამადასტურებელი სახელმწიფო სერტიფიკატის ასლი;
- განაცხადის მე-5 პუნქტში აღნიშნული სტაჟის დამადასტურებელი დოკუმენტი(ები);
- შერჩევაში მონაწილე ექიმის ხელმოწერის ნოტარიულად დამოწმებული ნიმუში (2 ეგზ.);
- შერჩევაში მონაწილე ექიმის ბეჭდის ნოტარიულად დამოწმებული ნიმუში (2 ეგზ.);
- საფასურის გადახდის დამადასტურებელი ქვითარი _____ ლარის ოდენობის.

8. მე, ხელისმომწერი ვადასტურებ შემდეგ ინფორმაციას:

	დიახ	არა
- გაცნობილი ვარ შესაბამისი სამედიცინო დანესებულების ხარისხის სახელმძღვანელოს.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- გაცნობილი ვარ მეზღვაურთა ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან დაკავშირებულ საქართველოს კანონმდებლობას და საერთაშორისო რეგულაციებს.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ვარ პროფესიულად და ფინანსურად დამოუკიდებელი მეზღვაურისა და მეზღვაურთა დამსაქმებელი ორგანიზაციებისაგან.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- პასუხს ვაგებ მეზღვაურის ჯანმრთელობის მდგომარეობის კონფიდენციალობაზე;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- სააგენტოს მიერ ჩატარებული პერიოდული მონიტორინგის დროს მზად ვარ წარვეუდგინო კომისიას კანონმდებლობით გათვალისწინებული ინფორმაცია და დოკუმენტები.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ჯანმრთელობის ცნობის გაცემისას გავითვალისწინებ მეზღვაურის ცურვის რაიონის, საცხოვრებელი პირობების და საქმიანობის სფეროს სპეციფიკას.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- პასუხს ვაგებ, ჩემს მიერ მეზღვაურის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასებისა და გაცემული სამედიცინო მონომობის სისწორეზე.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- პასუხს ვაგებ, შევასრულო „მეზღვაურთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასებისა და შესაბამისი მეზღვაურის სამედიცინო მონომობის გაცემაზე უფლებამოსილი სამედიცინო დანესებულებისა და უფლებამოსილი ექიმის შერჩევის და პერიოდული მონიტორინგის წესისა და პირობების“ მე-8 მუხლის მე-2 პუნქტით გათვალისწინებული ვალდებულებები.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ექიმის ხელმოწერა: _____

სახელი გვარი: _____

თარიღი: _____