



უფლებამოსილი ექიმის შერჩევაში მონაწილეობის განაცხადი

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

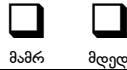
- უფლებამოსილი ექიმის შერჩევაში მონაწილეობა
- უფლებამოსილი ექიმის სერტიფიკატის განახლება
- შეჩერებული უფლებამოსილი ექიმის სერტიფიკატის აღდგენა

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 მოწმობის გაცემასთან დაკავშირებულ სფეროში მუშაობის ერთი წლის სტაჟი:

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

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

და/ან

- შესაბამისი სუბსპეციალობის მოწმობა საზღვაო მედიცინაში დიახ არა
- გავლილი აქვს უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამა დიახ არა

შენიშვნა: დადებითი პასუხის შემთხვევაში განაცხადს დაურთეთ შესაბამისი დოკუმენტაცია

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 დოკუმენტი;
- უმაღლესი სამედიცინო განათლების დამადასტურებელი დიპლომი;
- საექიმო სპეციალობის სერტიფიკატი;
- 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: _____