«...........»\_\_\_\_\_ այս գույնը նշանակում է, որ պետք է ուշադիր կարդալ

«..........»\_\_\_\_\_ այս գույնը նշանակում է, որ պետք է լրացնել

Ձև N 2

|  |  |
| --- | --- |
|  | ՀՀ առողջապահության նախարար  *Պարոն* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-ին  (անունը, ազգանունը) |

Հ Ա Յ Տ

ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՍՊԱՍԱՐԿՄԱՆ ԻՐԱԿԱՆԱՑՄԱՆ ԼԻՑԵՆԶԻԱ ՍՏԱՆԱԼՈՒ ՄԱՍԻՆ

1. Իրավաբանական անձի անվանումը (անհատ ձեռնարկատիրոջ անունը, ազգանունը)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Գտնվելու, բնակության վայրը *ք. Երևան, Կենտրոն Աբովյան փողոց, շենք XX, բնակարան XX*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Գործունեության իրականացման վայրը, հեռախոսահամարը *ք. Երևան, Մ. Բաղրամյան XX տարածք:*

*Հեռ. (XXX) XX-XX-XX*

4. Իրավաբանական անձի պետական գրանցման համարը կամ հարկ վճարողի հաշվառման համարը (ՀՎՀՀ)□□□□□□□□□□

*XX.XX.XXXX ( Անհատ ձեռնարկատատիրոջ դեպքում այս կետը չի լրացնում)*

5. Անհատ ձեռնարկատիրոջ հաշվառման համարը կամ հարկ վճարողի հաշվառման համարը (ՀՎՀՀ) □□□□□□□□□□

*XX.XX.XXXX ( իրավաբանալան անձի դեպքում այս կետը չի լրացվում)*

6. Իրավաբանական անձի (անհատ ձեռնարկատիրոջ) էլեկտրոնային փոստի հասցեն և ինտերնետային պաշտոնական կայքի հասցեն (առկայության դեպքում)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. □ Վճարված է պետական տուրք (նշում կատարվում է պետական տուրքը նախապես վճարված լինելու դեպքում)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. √ Գործունեության տեսակները համապատասխանում են «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքով սահմանված բժշկական օգնության և սպասարկման պայմաններին (բժշկական կազմակերպությունից դուրս, արտահիվանդանոցային, ցերեկային ստացիոնար, հիվանդանոցային), ՀՀ կառավարության 2008 թվականի մարտի 27-ի N 276-Ն որոշմամբ հաստատված բժշկական օգնության և սպասարկման տեսակների ցանկին։ Դրանք հետևյալն են՝

*Արտահիվանդանոցային` բժշկական ընդհանուր պրակտիկա*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8.1. Թմրամիջոցներ կամ հոգեմետ (հոգեներգործուն) նյութեր պարունակող դեղերի կիրառում և (կամ) բացթողում՝

(պարտադիր նշվում է)

□ այո

□ ոչ

9. Բժշկական հաստատության գործառնական ստորաբաժանումներն են`

*Տեղամասային թերապևտի (ընդհանուր պրակտիկայի բժշկի) կաբինետ, վիճակագրական և մանտենավարման ծառայություն*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. □ Հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման դեպքում՝ նախատեսվող մահճակալների թիվը՝ ըստ բաժանմունքների (բաժինների)`

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. √ Տեխնիկական հագեցվածությունը և մասնագիտական որակավորումը համապատասխանում են ՀՀ կառավարության 2002 թվականի դեկտեմբերի 5-ի N 1936-Ն որոշման պահանջներին:

Սույն կետը չի լրացվում ստոմատոլոգիական բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունների կողմից:

12. □ Տեխնիկական հագեցվածությունը և մասնագիտական որակավորումը համապատասխանում են ՀՀ կառավարության 2009 թվականի հոկտեմբերի 29-ի N 1275-Ն որոշման պահանջներին:

Սույն կետը լրացվում է ստոմատոլոգիական բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունների կողմից:

13. □ Ստոմատոլոգիական բժշկական հաստատությունում իրականացվելու է իմպլանտոլոգիական բժշկական օգնություն և սպասարկում: Տեխնիկական հագեցվածությունը և մասնագիտական որակավորումը համապատասխանում են ՀՀ կառավարության 2009 թվականի հոկտեմբերի 29-ի N 1275-Ն որոշման պահանջներին:

Սույն կետը լրացվում է ստոմատոլոգիական բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող այն կազմակերպությունների կողմից, որոնք պետք է իրականացնեն իմպլանտոլոգիական բժշկական օգնություն և սպասարկում:

14. Ստոմատոլոգիական բժշկական հաստատությունն ունի՝

□ հանդերձարան կամ □ հանդերձապահարան

□ մատենավարման սենյակ կամ □ մատենավարման ծառայություն

□ ճառագայթային ախտորոշման կամ □ նորագույն ռենտգեն սարք

(ռենտգեն) սենյակ

15. Առկա է`

□ հատակին ամրացված չհրկիզվող պահարան կամ՝

□ պահեստ (բունկեր), որն ունի`

□ խոնավաչափ

□ փակ պահարաններ

□ վիրակապական և ռետինե ապրանքների համար առանձին պահարաններ

Սույն կետը լրացվում է թմրամիջոցներ կամ հոգեմետ (հոգեներգործուն) նյութեր պարունակող դեղեր բաց թողնելու և (կամ) կիրառելու դեպքում:

16. □ Պահեստը (բունկերը) կամ սենյակը, որտեղ գտնվում է հատակին ամրացված չհրկիզվող պահարանը, ապահովված է ազդանշանային համակարգով:

Սույն կետը լրացվում է թմրամիջոցներ կամ հոգեմետ (հոգեներգործուն) նյութեր պարունակող դեղեր բաց թողնելու և (կամ) կիրառելու դեպքում:

17. Հետադարձ կապի հայտատուի կողմից նախընտրելի միջոցը՝

*(նշել առնվազն մեկը)*

□ հեռախոսային կապ՝ հայտատուի նշած հեռախոսահամարին\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ հաղորդագրություն ուղարկելու եղանակով

□ էլեկտրոնային փոստ

18. Կից ներկայացնում եմ`

√ բժշկական օգնության և սպասարկման իրականացման համար նախատեսված տարածքի նկատմամբ հայտատուի սեփականության (օգտագործման) իրավունքի պետական գրանցման վկայականի և իրավասու մարմնի կողմից հայտատուի անվամբ տրված՝ գործունեության համար նախատեսված տարածքի հատակագծի պատճենները։

Ներկայացված տեղեկությունների իսկությունը հաստատում եմ`

|  |  |
| --- | --- |
| *Անուն ազգանուն ստորագրություն\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  (կազմակերպության տնօրենի (անհատ ձեռնարկատիրոջ) ստորագրությունը, անունը, ազգանունը) | \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20  թ. |

*Առողջապահության նախարարություն*

*ներկայացնելու ամսաթիվը*

«...........»\_\_\_\_\_ այս գույնը նշանակում է, որ պետք է ուշադիր կարդալ

«..........»\_\_\_\_\_ այս գույնը նշանակում է, որ պետք է լրացնել

Ձև N 8

|  |  |
| --- | --- |
|  | ՀՀ առողջապահության նախարար  *Պարոն* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-ին  (անունը, ազգանունը) |

Հ Ա Յ Տ

ԱՅԼ ՎԱՅՐՈՒՄ ԵՎՍ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՍՊԱՍԱՐԿՄԱՆ ԻՐԱԿԱՆԱՑՄԱՆ ԼԻՑԵՆԶԻԱ ՍՏԱՆԱԼՈՒ ՄԱՍԻՆ

1. Իրավաբանական անձի անվանումը (անհատ ձեռնարկատիրոջ անունը, ազգանունը)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Գտնվելու, բնակության վայրը *ք. Երևան, Կենտրոն Աբովյան փողոց, շենք XX, բնակարան XX*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Գործունեության իրականացման վայրը, հեռախոսահամարը *ք. Երևան, Մ. Բաղրամյան XX տարածք:*

*Հեռ. (XXX) XX-XX-XX*

4. Իրավաբանական անձի պետական գրանցման համարը կամ հարկ վճարողի հաշվառման համարը (ՀՎՀՀ)□□□□□□□□□□

*XX.XX.XXXX ( Անհատ ձեռնարկատատիրոջ դեպքում այս կետը չի լրացնում)*

5. Անհատ ձեռնարկատիրոջ հաշվառման համարը կամ հարկ վճարողի հաշվառման համարը (ՀՎՀՀ) □□□□□□□□□□

*XX.XX.XXXX ( իրավաբանալան անձի դեպքում այս կետը չի լրացվում)*

6. Իրավաբանական անձի (անհատ ձեռնարկատիրոջ) էլեկտրոնային փոստի հասցեն և ինտերնետային պաշտոնական կայքի հասցեն (առկայության դեպքում)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. □Վճարված է պետական տուրք (նշում կատարվում է պետական տուրքը նախապես վճարված լինելու դեպքում)

8. Գործող լիցենզիան տալու տարեթիվը, ամիսը, ամսաթիվը, սերիան և համարը

*XX.XX.XXXXթ. X-ԲՕ-XXXXXX*

9. √ Գործունեության տեսակները համապատասխանում են ՀՀ կառավարության 2008 թվականի մարտի 27-ի N 276-Ն որոշմամբ հաստատված բժշկական օգնության և սպասարկման տեսակների ցանկին։ Դրանք հետևյալն են՝

*Արտահիվանդանոցային` բժշկական ընդհանուր պրակտիկա*

9.1. Թմրամիջոցներ կամ հոգեմետ (հոգեներգործուն) նյութեր պարունակող դեղերի կիրառում և (կամ) բացթողում՝

(պարտադիր նշվում է)

□ այո

□ ոչ

10. Բժշկական հաստատության գործառնական ստորաբաժանումներն են`

*Տեղամասային թերապևտի (ընդհանուր պրակտիկայի բժշկի) կաբինետ, վիճակագրական և մանտենավարման ծառայություն* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. □ Հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման դեպքում՝ նախատեսվող մահճակալների թիվը՝ ըստ բաժանմունքների (բաժինների)`

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12. √ Տեխնիկական հագեցվածությունը և մասնագիտական որակավորումը համապատասխանում են ՀՀ կառավարության 2002 թվականի դեկտեմբերի 5-ի N 1936-Ն որոշման պահանջներին:

Սույն կետը չի լրացվում ստոմատոլոգիական բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունների կողմից:

13. □ Տեխնիկական հագեցվածությունը և մասնագիտական որակավորումը համապատասխանում են ՀՀ կառավարության 2009 թվականի հոկտեմբերի 29-ի N 1275-Ն որոշման պահանջներին:

Սույն կետը լրացվում է ստոմատոլոգիական բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունների կողմից:

14. □ Ստոմատոլոգիական բժշկական հաստատությունում իրականացվելու են իմպլանտոլոգիական բժշկական օգնություն և սպասարկում: Տեխնիկական հագեցվածությունը և մասնագիտական որակավորումը համապատասխանում են ՀՀ կառավարության 2009 թվականի հոկտեմբերի 29-ի N 1275-Ն որոշման պահանջներին:

Սույն կետը լրացվում է ստոմատոլոգիական բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող այն կազմակերպությունների կողմից, որոնք պետք է իրականացնեն իմպլանտոլոգիական բժշկական օգնություն և սպասարկում:

15. Ստոմատոլոգիական բժշկական հաստատությունն ունի՝

□ հանդերձարան կամ □ հանդերձապահարան

□ մատենավարման սենյակ կամ □ մատենավարման ծառայություն

□ ճառագայթային ախտորոշման կամ □ նորագույն ռենտգեն սարք

(ռենտգեն) սենյակ

16. Առկա է`

□ հատակին ամրացված չհրկիզվող պահարան կամ՝

□ պահեստ (բունկեր), որն ունի`

□ խոնավաչափ

□ փակ պահարաններ

□ վիրակապական և ռետինե ապրանքների համար առանձին պահարաններ

Սույն կետը լրացվում է թմրամիջոցներ կամ հոգեմետ (հոգեներգործուն) նյութեր պարունակող դեղեր բաց թողնելու և (կամ) կիրառելու դեպքում։

17. □ Պահեստը (բունկերը) կամ սենյակը, որտեղ գտնվում է հատակին ամրացված չհրկիզվող պահարանը, ապահովված է ազդանշանային համակարգով:

Սույն կետը լրացվում է թմրամիջոցներ կամ հոգեմետ (հոգեներգործուն) նյութեր պարունակող դեղեր բաց թողնելու և (կամ) կիրառելու դեպքում:

18. Հետադարձ կապի հայտատուի կողմից նախընտրելի միջոցը՝

*(նշել առնվազն մեկը)*

□ հեռախոսային կապ՝ հայտատուի նշած հեռախոսահամարին\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ հաղորդագրություն ուղարկելու եղանակով

□ էլեկտրոնային փոստ

19. Կից ներկայացնում եմ`

√ բժշկական օգնության և սպասարկման իրականացման համար նախատեսված տարածքի նկատմամբ հայտատուի սեփականության (օգտագործման) իրավունքի պետական գրանցման վկայականի և իրավասու մարմնի կողմից հայտատուի անվամբ տրված՝ գործունեության համար նախատեսված տարածքի հատակագծի պատճենները։

Ներկայացված տեղեկությունների իսկությունը հաստատում եմ`

|  |  |
| --- | --- |
| *Անուն ազգանուն ստորագրություն\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  (կազմակերպության տնօրենի (անհատ ձեռնարկատիրոջ) ստորագրությունը, անունը, ազգանունը) | \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20  թ. |
|  |  |

*Առողջապահության նախարարություն*

*ներկայացնելու ամսաթիվը*

«...........»\_\_\_\_\_ այս գույնը նշանակում է, որ պետք է ուշադիր կարդալ

«..........»\_\_\_\_\_ այս գույնը նշանակում է, որ պետք է լրացնել

Ձև N 9

|  |  |
| --- | --- |
|  | ՀՀ առողջապահության նախարար  *Պարոն* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-ին  (անունը, ազգանունը) |

Հ Ա Յ Տ

ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՍՊԱՍԱՐԿՄԱՆ ԻՐԱԿԱՆԱՑՄԱՆ ՎԱՅՐԻ ՓՈՓՈԽՄԱՆ ՄԱՍԻՆ

1. Իրավաբանական անձի անվանումը (անհատ ձեռնարկատիրոջ անունը, ազգանունը)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Գտնվելու, բնակության վայրը *ք. Երևան, Կենտրոն Աբովյան փողոց, շենք XX, բնակարան XX*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Գործունեության իրականացման վայրը, հեռախոսահամարը *ք. Երևան, Մ. Բաղրամյան XX տարածք:*

*Հեռ. (XXX) XX-XX-XX* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Իրավաբանական անձի պետական գրանցման համարը կամ հարկ վճարողի հաշվառման համարը (ՀՎՀՀ)□□□□□□□□□□

*XX.XX.XXXX ( Անհատ ձեռնարկատատիրոջ դեպքում այս կետը չի լրացնում)*

5. Անհատ ձեռնարկատիրոջ հաշվառման համարը կամ հարկ վճարողի հաշվառման համարը (ՀՎՀՀ) □□□□□□□□□□

*XX.XX.XXXX ( իրավաբանալան անձի դեպքում այս կետը չի լրացվում)*

6. Իրավաբանական անձի (անհատ ձեռնարկատիրոջ) էլեկտրոնային փոստի հասցեն և ինտերնետային պաշտոնական կայքի հասցեն (առկայության դեպքում)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. *(կետն ուժը կորցրել է 08.02.18 N 105-Ն)*

8. Գործող լիցենզիան տալու տարեթիվը, ամիսը, ամսաթիվը, սերիան և համարը

*XX.XX.XXXXթ. X-ԲՕ-XXXXXX*

9. √ Գործունեության տեսակները համապատասխանում են ՀՀ կառավարության 2008 թվականի մարտի 27-ի N 276-Ն որոշմամբ հաստատված բժշկական օգնության և սպասարկման տեսակների ցանկին։ Դրանք հետևյալն են՝

*Արտահիվանդանոցային` բժշկական ընդհանուր պրակտիկա* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9.1. Թմրամիջոցներ կամ հոգեմետ (հոգեներգործուն) նյութեր պարունակող դեղերի կիրառում և (կամ) բացթողում՝

(պարտադիր նշվում է)

□ այո

□ ոչ

10. Բժշկական հաստատության գործառնական ստորաբաժանումներն են`

*Տեղամասային թերապևտի (ընդհանուր պրակտիկայի բժշկի) կաբինետ, վիճակագրական և մանտենավարման ծառայություն*

11. □ Հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման դեպքում՝ նախատեսվող մահճակալների թիվը՝ ըստ բաժանմունքների (բաժինների)`

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12. √ Տեխնիկական հագեցվածությունը և մասնագիտական որակավորումը համապատասխանում են ՀՀ կառավարության 2002 թվականի դեկտեմբերի 5-ի N 1936-Ն որոշման պահանջներին:

Սույն կետը չի լրացվում ստոմատոլոգիական բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունների կողմից:

13. □ Տեխնիկական հագեցվածությունը և մասնագիտական որակավորումը համապատասխանում են ՀՀ կառավարության 2009 թվականի հոկտեմբերի 29-ի N 1275-Ն որոշման պահանջներին:

Սույն կետը լրացվում է ստոմատոլոգիական բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունների կողմից:

14. □ Ստոմատոլոգիական բժշկական հաստատությունում իրականացվելու են իմպլանտոլոգիական բժշկական օգնություն և սպասարկում: Տեխնիկական հագեցվածությունը և մասնագիտական որակավորումը համապատասխանում են ՀՀ կառավարության 2009 թվականի հոկտեմբերի 29-ի N 1275-Ն որոշման պահանջներին:

Սույն կետը լրացվում է ստոմատոլոգիական բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող այն կազմակերպությունների կողմից, որոնք պետք է իրականացնեն իմպլանտոլոգիական բժշկական օգնություն և սպասարկում:

15. Ստոմատոլոգիական բժշկական հաստատությունն ունի՝

□ հանդերձարան կամ □ հանդերձապահարան

□ մատենավարման սենյակ կամ □ մատենավարման ծառայություն

□ ճառագայթային ախտորոշման կամ □ նորագույն ռենտգեն սարք

(ռենտգեն) սենյակ

16. Առկա է`

□ հատակին ամրացված չհրկիզվող պահարան կամ՝

□ պահեստ (բունկեր), որն ունի`

□ խոնավաչափ

□ փակ պահարաններ

□ վիրակապական և ռետինե ապրանքների համար առանձին պահարաններ

Սույն կետը լրացվում է թմրամիջոցներ կամ հոգեմետ (հոգեներգործուն) նյութեր պարունակող դեղեր բաց թողնելու և (կամ) կիրառելու դեպքում։

17. □ Պահեստը (բունկերը) կամ սենյակը, որտեղ գտնվում է հատակին ամրացված չհրկիզվող պահարանը, ապահովված է ազդանշանային համակարգով:

Սույն կետը լրացվում է թմրամիջոցներ կամ հոգեմետ (հոգեներգործուն) նյութեր պարունակող դեղեր բաց թողնելու և (կամ) կիրառելու դեպքում:

18. Հետադարձ կապի հայտատուի կողմից նախընտրելի միջոցը՝

*(նշել առնվազն մեկը)*

□ հեռախոսային կապ՝ հայտատուի նշած հեռախոսահամարին \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ հաղորդագրություն ուղարկելու եղանակով

□ էլեկտրոնային փոստ

19. Կից ներկայացնում եմ`

√ բժշկական օգնության և սպասարկման իրականացման համար նախատեսված տարածքի նկատմամբ հայտատուի սեփականության (օգտագործման) իրավունքի պետական գրանցման վկայականի և իրավասու մարմնի կողմից հայտատուի անվամբ տրված՝ գործունեության համար նախատեսված տարածքի հատակագծի պատճենները

√ լիցենզիայի բնօրինակը

Ներկայացված տեղեկությունների իսկությունը հաստատում եմ`

|  |  |
| --- | --- |
| *Անուն ազգանուն ստորագրություն\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  (կազմակերպության տնօրենի (անհատ ձեռնարկատիրոջ) ստորագրությունը, անունը, ազգանունը) | \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20  թ. |

*Առողջապահության նախարարություն*

*ներկայացնելու ամսաթիվը)*