



საჯარო სამართლის იურიდიული პირი
სოციალური მომსახურების სააგენტო

ბ რ ძ ა ნ ე ბ ა

030471594204813

KA030471594204813

№ 04-380/ო

29 / აგვისტო / 2013 წ.

„2013 წლის საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურების მიმწოდებლად რეგისტრაციის განაცხადის ფორმისა და მისი შევსების წესის დამტკიცების თაობაზე“ სააგენტოს დირექტორის 2013 წლის 26 თებერვლის N04-68/ო ბრძანებაში ცვლილების შეტანის თაობაზე

„საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის N36 დადგენილებაში საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 15 ივლისის N178 დადგენილებით შეტანილი ცვლილების გათვალისწინებით და საქართველოს ზოგადი ადმინისტრაციული კოდექსის 63-ე მუხლისა და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 27 ივნისის N190/ნ ბრძანებით დამტკიცებული სსიპ-სოციალური მომსახურების სააგენტოს დებულების მე-4 მუხლის საფუძველზე,

ვ ბ რ ძ ა ნ ე ბ ა :

1. „2013 წლის საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურების მიმწოდებლად რეგისტრაციის განაცხადის ფორმისა და მისი შევსების წესის დამტკიცების თაობაზე“ სააგენტოს დირექტორის 2013 წლის 26 თებერვლის N04-68/ო ბრძანებაში შევიდეს ცვლილებები:

ა) პირველ პუნქტს დაემატოს შემდეგი რედაქციის „ბ“ და „გ“ ქვეპუნქტები:

„ბ) „საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის N36 დადგენილებით დამტკიცებულ 2013 წლის საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამაში მომსახურების – სამკურნალო საშუალებ(ებ)ის მიმწოდებლად რეგისტრაციის განაცხადის ფორმა (დანართი N3);

გ) „საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის N36 დადგენილებით დამტკიცებულ 2013 წლის საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამაში მომსახურების – სამკურნალო საშუალებ(ებ)ის მიმწოდებლად რეგისტრაციის განაცხადის ფორმის შევსებისა და წარდგენის წესი (დანართი N4).“

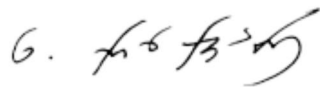
2. სააგენტოს ადმინისტრაციამ (გ. გოგოლაძე), საჯარო გაცნობის მიზნით, უზრუნველყოს წინამდებარე ბრძანებაზე თანდართული „საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის N36 დადგენილებით დამტკიცებულ 2013 წლის საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამაში მომსახურების – სამკურნალო საშუალებ(ებ)ის მიმწოდებლად რეგისტრაციის განაცხადისა (დანართი N3) და მისი შევსების წესის (დანართი N4) განთავსება

სააგენტოს ვებ-გვერდზე – www.ssa.gov.ge.

3. ეს ბრძანება ძალაშია ხელმოწერის დღიდან.

დირექტორის მოვალეობის შემსრულებელი

ნოე ქინქლაძე





განაცხადი

„საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის N36 დადგენილებით დამტკიცებულ 2013 წლის საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამაში მომსახურების მიმწოდებლად რეგისტრაციის თაობაზე

დაწესებულების რეკვიზიტები

მითითებული მონაცემები გამოყენებული იქნება პროგრამის ფარგლებში ოფიციალური ურთიერთობებისათვის

დაწესებულების (მიმწოდებლის) სრული დასახელება		საიდენტიფიკაციო კოდი:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
იურიდიული მისამართი			
ქალაქი/მუნიციპალიტეტი:	მისამართი:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

საკონტაქტო ტელეფონები	ელექტრონული ფოსტა
<input type="text"/>	<input type="text"/>

საბანკო რეკვიზიტები	
საბანკო დაწესებულების დასახელება:	
<input type="text"/>	
ბანკის კოდი:	ანგარიშის ნომერი:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

ვადასტურებ განაცხადში დაფიქსირებული მონაცემების სისწორეს. გამოვთქვამ სურვილს, როგორც მიმწოდებელმა, მონაწილეობა მივიღო საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის N36 დადგენილებით დამტკიცებულ „2013 წლის საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით“ გათვალისწინებულ ქვეკომპონენტ(ებ)ში, დაწესებულების სახელით ვკისრულობ ვალდებულებას, შევასრულო საქართველოს მოქმედი კანონმდებლობით (მათ შორის, სახელმწიფო პროგრამით) და სსიპ - „სოციალური მომსახურების სააგენტოს“ ინდივიდუალური ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტ(ებ)ით (ასეთის არსებობის შემთხვევაში) გათვალისწინებული ყველა ვალდებულება, რასაც გავეცანი და ვადასტურებ ხელმოწერით.

სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელი	
სახელი, გვარი:	პირადი ნომერი:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
პირადი ტელეფონის ნომერი (მობილური)	<input type="text"/>
პირადი ელექტრონული ფოსტა	<input type="text"/>

ხელმოწერა

თარიღი (რიცხვი, თვე, წელი)



წინამდებარე განაცხადებაზე ხელმოწერით, მონიჭებული უფლებამოსილების საფუძველზე, დაწესებულების სახელით, ვადასტურებ, რომ სრულად ვიცნობთ სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურების მოცულობას, ამ პროგრამის სპეციფიურ პირობებს, მათ შორის, 22-ე მუხლის მე-4, მე-5 და მე-9 პუნქტის მოთხოვნებს, პროგრამის კომპონენტ(ებ)ის დამატებით პირობებს, ვაკმაყოფილებთ პროგრამით გათვალისწინებული საქმიანობისათვის კანონმდებლობით დადგენილ მოთხოვნებს და ვიღებთ პასუხისმგებლობას, როგორც მიმწოდებელი, ქვემოთ მონიშნული ქვეკომპონენტ(ებ)ის შესაბამისად ნაკისრი ვალდებულებების სრულ და ჯეროვან შესრულებაზე. ხელმოწერით აგრეთვე ვადასტურებ, რომ პროგრამაში რეგისტრაციის მიზნით, მონიშნულია ყველა ის ქვეკომპონენტი, რომლის მიწოდება პროგრამის ბენეფიციარისათვის შეუძლია დაწესებულებას, მოქმედი კანონმდებლობით დადგენილი ნორმების მიხედვით.

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ქვეკომპონენტები		
1	სამკურნალო საშუალებები	<input type="checkbox"/> დიახ



ხელმოწერა

1. “✓” ნიშნით მიეთითება საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ქვეკომპონენტ(ებ)ში მიმწოდებლად რეგისტრაციაზე თანხმობა ან უარი. შესაბამისი პასუხი უნდა მიეთითოს ყველა ქვეკომპონენტის გასწვრივ, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც სხვა ქვეკომპონენტში უკვე რეგისტრირებული მიმწოდებელი განაცხადს ავსებს დამატებით, სხვა ქვეკომპონენტში მონაწილეობის მიზნით.
2. არასრულად, შეცდომებით ან/და დაკორექტირებული (გადახაზული) მონაცემებით შევსებული ფორმა არ მიიღება.

ინფორმაცია შესაბამისი სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზიის/ნებართვის შესახებ

(ივსება შესაბამისი საქმიანობის ლიცენზიის/ნებართვის საჭიროების აგრეთვე, იმ ქვეკომპონენტში მონაწილეობის შემთხვევაში, რომელთა მომსახურების მოცულობა და დამატებითი პირობები ითვალსწინებს საქმიანობებს, როდესაც სავალდებულოა დამატებითი სანებართვო პირობების დაკმაყოფილება ან მაღალი რისკის შემცველი საქმიანობების შესახებ სავალდებულო შეტყობინებათა რეესტრში რეგისტრაცია)

N	ლიცენციის (ნებართვის) დასახელება	ლიცენზიის (ნებართვის) ნომერი
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		

.....
ხელმოწერა



დანართი N4

„2013 წლის საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ქვეკომპონენტებით გათვალისწინებული მომსახურების – სამკურნალო საშუალებ(ებ)ის მიმწოდებლად რეგისტრაციის თაობაზე განაცხადის ფორმის შევსებისა და წარდგენის წესი“

1. „2013 წლის საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ქვეკომპონენტებით (შემდგომში – პროგრამა ან/და ქვეკომპონენტები) გათვალისწინებული მომსახურების – სამკურნალო საშუალებ(ებ)ის მიმწოდებლად რეგისტრაციის თაობაზე განაცხადის (შემდგომში–განაცხადი) რეგისტრაცია წარმოადგენს აღნიშნული პროგრამის განმახორციელებელსა (სსიპ–სოციალური მომსახურების სააგენტო, შემდგომში–სააგენტო) და მიმწოდებელს შორის შეთანხმებას, საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის N36 დადგენილებით (შემდგომში –დადგენილება),მის საფუძველზე დამტკიცებული პროგრამის პირობებით (მათ შორის, სპეციფიკური და დამატებითი პირობებით, არსებობის შემთხვევაში) განსაზღვრული ვალდებულებების შესრულებასა დაგაწეული მომსახურებისანაზღაურებისპირობებზე. შესაბამისად, განაცხადის რეგისტრაციის საფუძველზე, მიმწოდებელი კისრულობს განმახორციელებლის წინაშე პასუხისმგებლობას, დადგენილებითა და პროგრამით დადგენილ სხვა მოთხოვნებთან ერთად, სრულად შეასრულოსპროგრამით/კომპონენტით გათვალისწინებული მომსახურების მოცულობა და პროგრამის სპეციფიკური/დამატებითი პირობებით დადგენილი ყველა მოთხოვნა.

2.ამ წესის პირველი პუნქტის გათვალისწინებით, პროგრამის ქვეკომპონენტით განსაზღვრული მომსახურების მიმწოდებლად რეგისტრაციის მსურველ პირს (შემდგომში–პირი) მოეთხოვება:

ა) იცნობდეს დადგენილებას, მის საფუძველზე დამტკიცებული პროგრამის მოთხოვნებს, მათ შორის, პროგრამის სპეციფიკურ და დამატებით პირობებს, ქვეკომპონენტით განსაზღვრული ფარმაცევტული საქმიანობის სრულ მოცულობას და პროგრამით გათვალისწინების შემთხვევაში, აკმაყოფილებდეს მის დამატებით პირობებს;

ბ) რეგისტრაციის შემთხვევაში, წარმოადგინოს ქვეკომპონენტით განსაზღვრული მედიკამენტების პრეისკურანტი, განმახორციელებლის მიერ დადგენილი ფორმატით, ელექტრონული და მატერიალური სახით;

გ) აკმაყოფილებდეს შესაბამისი ფარმაცევტული საქმიანობისათვის კანონმდებლობით დადგენილ მოთხოვნებს (ფლობდეს ლიცენზიას/ნებართვას, აკმაყოფილებდეს დამატებით სანებართვო პირობებს საქმიანობების შესაბამისად.);

დ) გაეცნოს განაცხადის ფორმას და წინამდებარე წესს.

3. განაცხადის ფორმა მოიცავს:

ა)მიმწოდებლადრეგისტრაციის მსურველი პირის რეკვიზიტებს (დასახელება,საინდეტიფიკაციო კოდი,იურიდიულიმისამართი,საკონტაქტო ტელეფონი,ელექტრონული ფოსტა,საბანკო რეკვიზიტები), ქვეკომპონენტით გათვალისწინებული მომსახურების მიწოდების უფლების დადასტურებას და ნებას;

ბ) იმ ქვეკომპონენტზე მითითებას,რომელშიც ფლობს საქმიანობის ლიცენზიას/ნებართვას,ფარმაცევტულ საქმიანობაზე გავლილი აქვს რეგისტრაცია სავალდებულო შეტყობინებების რეესტრში და სურს პროგრამაში მონაწილეობა;

4. განაცხადის შევსებისას, სავალდებულოა თითოეულ გვერდზე არსებული ყველა ველის შევსება, გარკვევით და სრულად, წინააღმდეგ შემთხვევაში, განაცხადი არ მიიღება.

5. მიმწოდებლის მიერ განაცხადში წარმოდგენილი რეკვიზიტები შემდგომში გამოყენებული იქნება მასთან პროგრამ(ებ)ის ფარგლებში ოფიციალური ურთიერთობებისთვის, ხოლო განაცხადში წარმოდგენილი საბანკო რეკვიზიტები – პროგრამ(ებ)ის ფარგლებში მიმწოდებელთან ანგარიშსწორებისთვის.

6. განაცხადის შევსებისას სავალდებულოა, პროგრამის ქვეკომპონენტის გასწვრივ „✓“ ნიშნით აღინიშნოს თანხმობის ველი.

7. განაცხადის რეგისტრაციის პროცესის ოპერატიულობისა და მიმწოდებელთათვის ტერიტორიული ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად, პირი უფლებამოსილია, განაცხადი წარუდგინოს განმახორციელებლის ტერიტორიულ ერთეულს, ფაქტობრივი მისამართის მიხედვით.

8. შეცდომებით ან/და კორექტირებული (გადახაზული) მონაცემებით შევსებული განაცხადი არ მიიღება.

9. სავალდებულოა, განაცხადის ყველა გვერდი დამოწმდეს უფლებამოსილი პირის ხელმოწერით და ბეჭდით (ასეთის არსებობის შემთხვევაში).

10. მიმწოდებელმა პირმა დაუყოვნებლივ, წერილობით უნდა აცნობოს სააგენტოს პირადი რეკვიზიტების (მათ შორის, საბანკო) ცვლილების, რეორგანიზაციის ან ლიკვიდაციის პროცესის დაწყების, აგრეთვე, პროგრამების ფარგლებში მომსახურების გაწევასთან დაკავშირებული ნებისმიერი ცვლილების შესახებ.

11. სააგენტოს ტერიტორიული ერთეულები ვალდებული არიან, მიაწოდონ განაცხადის წარმდგენ პირს ცხელი ხაზის ტელეფონის ნომერი – 2 51 00 30, პროგრამებთან დაკავშირებით დამატებითი ინფორმაციის მისაღებად.