



საჯარო სამართლის იურიდიული პირი  
სოციალური მომსახურების სააგენტო  
**ბ რ ძ ა ნ ე ბ ა**



KA030475179115019

№ 04-829/ო

11 / აპრილი / 2019 წ.

**„ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის“  
სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში ფარმაცევტული პროდუქტის პროგრამის  
ბენეფიციარებისთვის მიწოდების მომსახურების მიმწოდებლად რეგისტრაციის  
განაცხადის ფორმის შევსებისა და წარდგენის წესის დატკიცების თაობაზე**

საქართველოს ზოგადი ადმინისტრაციული კოდექსის 53-ე მუხლის, საქართველოს მთავრობის 2018 წლის 31 დეკემბრის N693 დადგენილებით დამტკიცებული „ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის“ სახელმწიფო პროგრამის მე-3 მუხლის „ზ.ა“ ქვეპუნქტის, მე-5 მუხლის მე-2 პუნქტის და მე-7 მუხლის, „ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის სახელმწიფო პროგრამის შესაბამისი მომსახურების მიწოდების პირობების, მომსახურების მიმწოდებელთა კრიტერიუმებისა და სხვა პირობების განსაზღვრის შესახებ“ საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2019 წლის 3 აპრილის N01-130/ო ბრძანების, საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს 2019 წლის 11 აპრილის N01/6421 წერილის გათვალისწინებით და საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2018 წლის 3 ოქტომბრის N01-14/ნ ბრძანებით დამტკიცებული „საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – სოციალური მომსახურების სააგენტოს დებულების“ მე-4 მუხლის „ლ“ ქვეპუნქტის საფუძველზე,

**ვ ბ რ ძ ა ნ ე ბ ე :**

**1. დამტკიცდეს:**

ა) „ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის“ სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში ფარმაცევტული პროდუქტის პროგრამის ბენეფიციარებისთვის მიწოდების მომსახურების მიმწოდებლად რეგისტრაციის თაობაზე განაცხადის“ ფორმა (დანართი N1) (შემდგომში ბრძანებასა და მის დანართებში - „განაცხადი“);

ბ) „ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის“ სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში ფარმაცევტული პროდუქტის პროგრამის ბენეფიციარებისთვის მიწოდების მომსახურების მიმწოდებლად რეგისტრაციის განაცხადის ფორმის შევსებისა და წარდგენის წესი (დანართი N2) (შემდგომში ბრძანებასა და მის დანართებში - „წესი“);

2. „ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის“ სახელმწიფო პროგრამის (შემდგომში ბრძანებასა და მის დანართებში - პროგრამა) ფარგლებში, ფარმაცევტული პროდუქტის პროგრამის ბენეფიციარებისთვის მიწოდების მომსახურების მიმწოდებლად რეგისტრაციის მსურველ პირთა ინფორმირება და დახმარება „განაცხადის“ ფორმის შევსებასთან დაკავშირებით, წარმოებს სსიპ – სოციალური მომსახურების სააგენტოს (შემდგომში ბრძანებასა და მის დანართებში - სააგენტო) ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების დეპარტამენტში.

3. სათანადო წესით შევსებული, უფლებამოსილი პირის ხელმოწერით და ბეჭდით დამონმებული (არსებობის შემთხვევაში) „განაცხადის“ მიღება წარმოებს სააგენტოს ცენტრალურ აპარატში (მკის.: თბილისი, აკ.წერეთლის გამზირი N144).

4. მიმწოდებლად რეგისტრაციის მსურველმა პირმა სააგენტოში უნდა წარმოადგინოს ინფორმაცია, ქვეყნის მასშტაბით ფარმაცევტული პროდუქტის საცალო რეალიზაციის უფლების მქონე დანესებულებების (აფთიაქების) ქსელის ფლობის თაობაზე.

5. მიმწოდებლად რეგისტრაციის მსურველმა პირმა უნდა გაითვალისწინოს:

ა) თუ მიმწოდებლად რეგისტრაციის მსურველი პირი განმახორციელებელს სთავაზობს მომსახურებას ქვეკონტრაქტორ(ებ)ის მეშვეობით, ქვეკონტრაქტორის აყვანის უფლება ეძლევა საქართველოს (გარდა თბილისისა) მასშტაბით მხოლოდ იმ ტერიტორიულ ერთეულ(ებ)ზე, სადაც პროგრამის ფარგლებში მომსახურების მიმწოდებლად რეგისტრირებული არც ერთი მიმწოდებელი არ ფლობს ფარმაცევტული პროდუქტის საცალო რეალიზაციის უფლების მქონე დანესებულებას (აფთიაქს);

ბ) თუ პროგრამის ფარგლებში მიმწოდებლად რეგისტრირებული პირი დაამატებს ფარმაცევტული პროდუქტის საცალო რეალიზაციის უფლების მქონე დანესებულებას (აფთიაქს) იმ ტერიტორიულ ერთეულებზე, სადაც პროგრამა ხორციელდება, ერთ-ერთი ასევე მიმწოდებლად რეგისტრირებული პირის ქვეკონტრაქტორის მეშვეობით, სააგენტო ითვებს უფლებას, ქვეკონტრაქტორის არსებობის საკითხი გადაწყვიტოს თავისი შეხედულებისამებრ.

6. სააგენტოს დირექტორის აპარატმა (გ. ჩანადირი), საჯარო გაცნობის მიზნით, უზრუნველყოს წინამდებარე ბრძანების და მისი დანართების განთავსება სააგენტოს ვებ-გვერდზე ([www.ssa.gov.ge](http://www.ssa.gov.ge)).

7. ბრძანების შესრულების კოორდინაცია დაევალოს სააგენტოს ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების დეპარტამენტის უფროსს (კ. ჩხარტიშვილს).

8. ბრძანება ძალაშია ხელმოწერისთანავე.

სსიპ – სოციალური მომსახურების სააგენტოს  
დირექტორის მოვალეობის შემსრულებელი

ხელმოწერილია/  
შტამგვდასმულია  
ელემენტარულად



თამაზ მოდებაძე



„ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის“  
სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში ფარმაცევტული პროდუქტის პროგრამის  
ბენეფიციარებისთვის მიწოდების მომსახურების მიმწოდებლად  
რეგისტრაციის თაობაზე

(ფორმა ივსება დადგენილი წესის შესაბამისად)

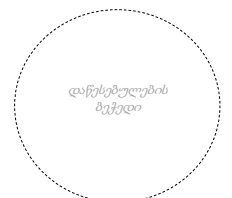
დაწესებულების რეკვიზიტები

მითითებული მონაცემები გამოყენებული იქნება პროგრამის ფარგლებში  
ოფიციალური ურთიერთობებისათვის

<b>დაწესებულების სრული დასახელება</b>		<b>საიდენტიფიკაციო კოდი:</b>	
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>იურიდიული მისამართი</b>			
ქალაქი/მუნიციპალიტეტი:		მისამართი:	
<b>ფაქტობრივი (მომსახურების მიწოდების) მისამართი</b>			
ქალაქი/მუნიციპალიტეტი:		თანდართული დანართის შესაბამისად	
<b>საკონტაქტო ტელეფონის ნომრები</b>		<b>ელექტრონული ფოსტა</b>	
<b>საბანკო რეკვიზიტები</b>			
საბანკო დაწესებულების დასახელება:			
ბანკის კოდი:		ანგარიშის ნომერი:	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			

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

თარიღი (რიცხვი, თვე, წელი)



დაწესებულების  
ბეჭედი

ხელმოწერა

**ვადასტურებ:**

1. განაცხადში დაფიქსირებული მონაცემების სისწორეს, პროგრამის ფარგლებში შესაბამისი სერვისის მიწოდების სურვილს და გამოვთქვამ მზადყოფნას, შევასრულო საქართველოს მოქმედი კანონმდებლობით – „ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის“ სახელმწიფო პროგრამით და სსიპ-სოციალური მომსახურების სააგენტოს ინდივიდუალურ ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტ(ებ)ით გათვალისწინებული შესაბამისი ვალდებულებები;

2. თუ პროგრამის ფარგლებში მიმწოდებლად რეგისტრირებული პირი (რამდენიმეს არსებობის შემთხვევაში) დაამატებს ფარმაცევტული პროდუქტის საცალო რეალიზაციის უფლების მქონე დაწესებულებას (აფთიაქი) იმ ტერიტორიულ ერთეულებზე, სადაც პროგრამა ხორციელდება ერთ-ერთი ასევე მიმწოდებლად რეგისტრირებული პირის ქვეკონტრაქტორის მეშვეობით, ქვეკონტრაქტორის არსებობის საკითხი სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტომ გადაწყვიტოს თავისი შეხედულებისამებრ.

3. სრულად ვიცნობ პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურების მოცულობას, მისი ადმინისტრირების პირობებს, ვაკმაყოფილებ შესაბამისი საქმიანობისათვის კანონმდებლობით დადგენილ მოთხოვნებს და ვიღებ პასუხისმგებლობას, როგორც მიმწოდებელი, პროგრამით ნაკისრი ვალდებულებების სრულ და ჯეროვან შესრულებაზე.

ყოველივე ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, გამოვთქვამ თანხმობას და ორგანიზაციის სახელით ვადასტურებ ხელმოწერით.

---

ხელმოწერა

დაწესებულების  
ბეჭედი

**შენიშვნა:**

\*დაუშვებელია განაცხადის დამოწმება ფაქსიმილიის (ფოტომექანიკური წესით) გამოყენებით.

ინფორმაცია ქვეყნის მასშტაბით ფარმაცევტული პროდუქტის საცალო რეალიზაციის უფლების მქონე დაწესებულებების (აფთიაქების) ქსელის ფლობის თაობაზე.

სავალდებულოა წარმოდგენილი იქნეს ინფორმაცია ქვეყნის მასშტაბით ფარმაცევტული პროდუქტის საცალო რეალიზაციის უფლების მქონე დაწესებულებების (აფთიაქების) ქსელის ფლობის თაობაზე.



**„ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის“  
სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში ფარმაცევტული პროდუქტის პროგრამის  
ბენეფიციარებისთვის მიწოდების მომსახურების მიმწოდებლად რეგისტრაციის  
განაცხადის ფორმის შევსებისა და წარდგენის წესი**

1. „ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის“ სახელმწიფო პროგრამის (შემდგომში-პროგრამა) ფარგლებში ფარმაცევტული პროდუქტის პროგრამის ბენეფიციარებისთვის მიწოდების მომსახურების მიმწოდებლად (შემდგომში-მიმწოდებელი) რეგისტრაციის განაცხადის ფორმის (შემდგომში-განაცხადი) ამ წესის შესაბამისად შევსება წარმოადგენს აღნიშნული პროგრამის განმახორციელებელსა (სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტო - შემდგომში სააგენტო) და მიმწოდებელს შორის შეთანხმებას, პროგრამით და მისი რეალიზაციის დამატებითი პირობებით (არსებობის შემთხვევაში) განსაზღვრული ვალდებულებების შესრულებაზე, კერძოდ, „განაცხადის“ რეგისტრაციის საფუძველზე, მიმწოდებელი კისრულობს სააგენტოს წინაშე პასუხისმგებლობას, კანონმდებლობით დადგენილ მოთხოვნებთან ერთად, სრულად შეასრულოს პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურების მოცულობა და პროგრამით დადგენილი სხვა მოთხოვნები.

2. ამ წესის პირველი პუნქტის გათვალისწინებით, პროგრამის ფარგლებში ფარმაცევტული პროდუქტის პროგრამის ბენეფიციარებისთვის მიწოდების მომსახურების მიმწოდებლად რეგისტრაციის მსურველ პირს მოეთხოვება:

ა) აკმაყოფილებდეს შესაბამისი საქმიანობისათვის კანონმდებლობით დადგენილ მოთხოვნებს, ფლობდეს ქვეყნის მასშტაბით ფარმაცევტული პროდუქტის საცალო რეალიზაციის უფლების მქონე დაწესებულებების (აფთიაქების) ქსელს.

ბ) ყურადღებით გაეცნოს პროგრამას, მისი ადმინისტრირების, მათ შორის, ზედამხედველობის პირობებს, პროგრამის ფარგლებში საკუთარ უფლებებსა და ვალდებულებებს, „განაცხადის“ ფორმას, წინამდებარე „წესსა“ და პროგრამის განმახორციელებლის მიერ პროგრამის ადმინისტრირების მიზნებისათვის გამოცემულ ადმინისტრაციულ-სამართლებრივ აქტებს (არსებობის შემთხვევაში).

3. „განაცხადის“ ფორმა მოიცავს:

ა) მიმწოდებლად რეგისტრაციის მსურველი პირის რეკვიზიტებს (დასახელება, საიდენტიფიკაციო კოდი, იურიდიული და ფაქტობრივი მისამართი, საკონტაქტო ტელეფონი, ელექტრონული ფოსტა, საბანკო რეკვიზიტები), პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურების მიწოდების უფლების დადასტურებას და ნებას;

ბ) მიმწოდებლად რეგისტრაციის მსურველი პირის ინფორმაციას ქვეყნის მასშტაბით ფარმაცევტული პროდუქტის საცალო რეალიზაციის უფლების მქონე დაწესებულებების (აფთიაქების) ქსელის ფლობის თაობაზე.

გ) მიმწოდებლად რეგისტრაციის მსურველი პირის ინფორმაციას იმ აფთიაქების თაობაზე, საიდანაც განხორციელდება პროგრამის ბენეფიციარების ფარმაცევტული პროდუქტით უზრუნველყოფა.

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

5. მიმწოდებლად რეგისტრაციის მსურველი პირის მიერ „განაცხადში“ წარმოდგენილი რეკვიზიტები შემდგომში გამოყენებული იქნება მასთან პროგრამის ფარგლებში ოფიციალური ურთიერთობებისთვის.

6. განაცხადის რეგისტრაციის პროცესის ოპერატიულობისა და მიმწოდებელთათვის ტერიტორიული ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად, მიმწოდებლად რეგისტრაციის მსურველი პირი უფლებამოსილია, „განაცხადი“ წარადგინოს სააგენტოს ცენტრალურ აპარატში (ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების დეპარტამენტი).

7. პირი პასუხისმგებელია განაცხადში აღნიშნული ინფორმაციის სისწორეზე.

8. მიმწოდებელმა იურიდიულმა პირმა დაუყოვნებლივ, წერილობით უნდა აცნობოს სააგენტოს პირადი ან ქვეკონტრაქტორ(ებ)ის რეკვიზიტების (მათ შორის, საბანკო) ცვლილების, რეორგანიზაციის ან ლიკვიდაციის პროცესის დაწყების, აგრეთვე, პროგრამის ფარგლებში მომსახურების გაწევასთან დაკავშირებული ნებისმიერი ცვლილების შესახებ.

9. პირს მიმწოდებლის სტატუსი მიენიჭება განაცხადის რეგისტრაციის დღიდან, პროგრამის მოქმედების ფარგლებში, თუ განმახორციელებლის ინდივიდუალურ-სამართლებრივი აქტით სხვა რამ არ არის დადგენილი.

10. სააგენტოს ცენტრალური აპარატი ვალდებულია, „განაცხადის“ წარმომდგენ პირს მიაწოდოს ცხელი ხაზის ტელეფონის ნომერი – **1505** „პროგრამასთან“ დაკავშირებით და მათთვის საჭირო ინფორმაციის მიღების მიზნით.

11. მიმწოდებელი პირადად არის პასუხისმგებელი საქართველოს კანონმდებლობის და პროგრამის ფარგლებში ნაკისრი ვალდებულებების შესრულებისათვის, მათ შორის, ამ პროგრამის ფარგლებში ქვეკონტრაქტორების საქმიანობაზე.