



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



KA030463437947220

№ 04-183/თ

27 / მარტი / 2020 წ.

2020 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით დამტკიცებული „ახალი კორონავირუსული დაავადების COVID 19-ის მართვისთვის გასატარებელი ღონისძიებების“ (დანართის N20.2) ქვეპროგრამის ფარგლებში მიმწოდებლად რეგისტრაციასთან დაკავშირებული ღონისძიებების თაობაზე

საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს 2020 წლის 25 მარტის №01/3620 (№04/8220; 20.03.2020) წერილის გათვალისწინებით, „2020 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2019 წლის 31 დეკემბრის N674 დადგენილებით დამტკიცებული „2020 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების“ 23-ე მუხლის მე-2 პუნქტის „დ“ ქვეპუნქტის, ამავე დადგენილებით დამტკიცებული N20 დანართის („ახალი კორონავირუსული დაავადების COVID 19-ის მართვა“), N20.2 დანართის - „ახალი კორონავირუსული დაავადების COVID 19-ის მართვისთვის გასატარებელი ღონისძიებები“ მე-3 მუხლის „დ“ ქვეპუნქტის რეალიზებისათვის, ამავე დანართის მე-7 მუხლის, საქართველოს ზოგადი ადმინისტრაციული კოდექსის 52-ე და 53-ე მუხლებისა და საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2018 წლის 3 ოქტომბრის N01-14/ნ ბრძანებით დამტკიცებული „სსიპ - სოციალური მომსახურების სააგენტოს დებულების“ მე-4 მუხლის საფუძველზე,

ვ ბ რ ძ ა ნ ე ბ ა :

1. საქართველოს მთავრობის 2019 წლის 31 დეკემბრის N674 დადგენილებით დამტკიცებული „ახალი კორონავირუსული დაავადების COVID 19-ის მართვის“ სახელმწიფო პროგრამის (დანართი N20) ფარგლებში დამტკიცდეს:

ა) „ახალი კორონავირუსული დაავადების COVID 19-ის მართვისთვის გასატარებელი ღონისძიებების“ (დანართის N20.2) მე-3 მუხლის „დ“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული მომსახურების (ახალი კორონავირუსული დაავადების COVID 19-ის მართვა) მიმწოდებლად რეგისტრაციის განაცხადის ფორმა (დანართი N1);


ბ) „ახალი კორონავირუსული დაავადების COVID 19-ის მართვისთვის გასატარებელი ღონისძიებების“ (დანართის N20.2) მე-3 მუხლის „დ“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული მომსახურების (ახალი კორონავირუსული დაავადების COVID 19-ის მართვა) მიმწოდებლად რეგისტრაციის განაცხადის ფორმის შევსებისა და წარდგენის წესი (დანართი N2).

2. წინამდებარე ბრძანებით გათვალისწინებული ღონისძიებების კოორდინაცია უზრუნველყოს სსიპ - სოციალური მომსახურების სააგენტოს ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების დეპარტამენტმა (კ. ჩხარტიშვილი).

3. სსიპ - სოციალური მომსახურების სააგენტოს დირექტორის აპარატმა, საჯარო გაცნობის მიზნით, უზრუნველყოს წინამდებარე ბრძანებისა და მისი დანართების განთავსება სააგენტოს ვებ-გვერდზე (www.ssa.gov.ge).

4. ბრძანება ძალაშია ხელმოწერისთანავე.

სსიპ – სოციალური მომსახურების სააგენტოს
დირექტორის მოვალეობის შემსრულებელი

ხელმოწერილია/
შტამპდასმულია
ელემენტრონულად 

გიორგი წონკოლაური



„ახალი კორონავირუსული დაავადების COVID 19-ის მართვისთვის გასატარებელი ღონისძიებების“ ქვეპროგრამის „ახალი კორონავირუსული დაავადების COVID 19-ის მართვის“ ფარგლებში გათვალისწინებული მომსახურების მიმწოდებლად რეგისტრაციის თაობაზე

(ფორმა ივსება დადგენილი წესის შესაბამისად)

დაწესებულების რეკვიზიტები

მითითებული მონაცემები გამოყენებული იქნება პროგრამის ფარგლებში ოფიციალური ურთიერთობებისათვის

დაწესებულების სრული დასახელება

საიდენტიფიკაციო კოდი:

<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"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

იურიდიული მისამართი

ქალაქი/მუნიციპალიტეტი:	მისამართი:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

ფაქტობრივი (მომსახურების მიწოდების) მისამართი

ქალაქი/მუნიციპალიტეტი:	მისამართი:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

საკონტაქტო ტელეფონის ნომრები

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

ელექტრონული ფოსტა

საბანკო რეკვიზიტები

საბანკო დაწესებულების დასახელება:

ბანკის კოდი:

<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"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

ანგარიშის ნომერი:

სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელი

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



მე

სახელი, გვარი, თანამდებობა

• ვადასტურებთ განაცხადში დაფიქსირებული მონაცემების სისწორეს, მათ შორის, აღნიშნული პროგრამის კომპონენტის/ქვეკომპონენტის ფარგლებში, შესაბამისი სამედიცინო მომსახურების მიწოდების სურვილს და გამოვთქვამთ მზადყოფნას, შევასრულოთ საქართველოს მოქმედი კანონმდებლობით, მათ შორის, აღნიშნული სახელმწიფო პროგრამით და სსიპ-სოციალური მომსახურების სააგენტოს ინდივიდუალურ – სამართლებრივი აქტ(ებ)ით გათვალისწინებული შესაბამისი ვალდებულებები.

• სრულად ვიცნობთ პროგრამით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურების მოცულობას, მისი ადმინისტრირების პირობებს, ვაკმაყოფილებთ შესაბამისი საქმიანობისათვის კანონმდებლობით დადგენილ მოთხოვნებს და ვიღებთ პასუხისმგებლობას, როგორც მიმწოდებელი, პროგრამით ნაკისრი ვალდებულებების სრულ და ჯეროვან შესრულებაზე, რასაც გავცევით და ორგანიზაციის სახელით, ვადასტურებთ განაცხადზე ხელმოწერით.

ხელმოწერა

სამედიცინოდაწე
სებულებისგვე
დი

შენიშვნა:

*დაუშვებელია განაცხადის დამოწმება ფაქსიმილიის (ფოტომექანიკური წესით) გამოყენებით.

ინფორმაცია შესაბამისი სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზიის/ნებართვის შესახებ

(ივსება შესაბამისი საქმიანობის ლიცენზიის/ნებართვის საჭიროების, აგრეთვე, იმ პროგრამებში 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	ლიცენზიის (ნებართვის) დასახელება	ლიცენზიის (ნებართვის) ნომერი
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		



„ახალი კორონავირუსული დაავადების COVID 19-ის მართვისთვის გასატარებელი ღონისძიებების“ ქვეპროგრამის „ახალი კორონავირუსული დაავადების COVID 19-ის მართვის“ ფარგლებში გათვალისწინებული მომსახურების მიმწოდებლად რეგისტრაციის განაცხადის ფორმის შევსებისა და წარდგენის წესი

1. „ახალი კორონავირუსული დაავადების COVID 19-ის მართვისთვის გასატარებელი ღონისძიებების“ ქვეპროგრამის „ახალი კორონავირუსული დაავადების COVID 19-ის მართვის“ ფარგლებში (შემდგომში–ქვეპროგრამა) მომსახურების მიმწოდებლად რეგისტრაციის განაცხადის (შემდგომში–განაცხადი) ამ წესის შესაბამისად შევსება წარმოადგენს აღნიშნული ქვეპროგრამის განმახორციელებელსა და მიმწოდებელს შორის შეთანხმებას, საქართველოს კანონმდებლობის საფუძველზე დამტკიცებული შესაბამისი ვაუჩერული პროგრამით და მისი დამატებითი პირობებით (არსებობის შემთხვევაში) განსაზღვრული ვალდებულებების შესრულებაზე. „განაცხადის“ რეგისტრაციის საფუძველზე, მიმწოდებელი კისრულობს განმახორციელებლის წინაშე პასუხისმგებლობას, კანონმდებლობით დადგენილ მოთხოვნებთან ერთად, სრულად შეასრულოს ქვეპროგრამით გათვალისწინებული მომსახურების მოცულობა და დამატებითი პირობებით დადგენილი მოთხოვნები.

2. ამ წესის პირველი პუნქტის გათვალისწინებით, ქვეპროგრამით განსაზღვრული მომსახურების მიმწოდებლად რეგისტრაციის მსურველ პირს მოეთხოვება:

ა) აკმაყოფილებდეს ქვეპროგრამის შესაბამისი საქმიანობისათვის კანონმდებლობით დადგენილ მოთხოვნებს (ფლობდეს ლიცენზიას/ნებართვას, აკმაყოფილებდეს დამატებით სანებართვო პირობებს საქმიანობების შესაბამისად, კანონმდებლობით გათვალისწინებულ შემთხვევებში, განმახორციელებელს უნდა ჰქონდეს მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის სავალდებულო შეტყობინებების რეესტრში რეგისტრაცია);

ბ) ყურადღებით გაეცნოს ქვეპროგრამას, მისი ადმინისტრირების, მათ შორის, ზედამხედველობის პირობებს, ქვეპროგრამის ფარგლებში საკუთარ უფლებებსა და ვალდებულებებს, „განაცხადის“ ფორმას და წინამდებარე „წესს“.

3. „განაცხადის“ ფორმა მოიცავს:

ა) მიმწოდებლად რეგისტრაციის მსურველი პირის რეკვიზიტებს (დასახელება, საიდენტიფიკაციო კოდი, იურიდიული და ფაქტობრივი მისამართი, საკონტაქტო

ტელეფონი, ელექტრონული ფოსტა, საბანკო რეკვიზიტები), ქვეპროგრამით გათვალისწინებული მომსახურების მიწოდების უფლების დადასტურებას და ნებას;

ბ) მიმწოდებლად რეგისტრაციის მსურველი პირის ინფორმაციას ლიცენზიის/ნებართვის შესახებ. პირი ვალდებულია, „განაცხადის“ შესაბამის ნაწილში (გვერდზე) პირადად გააკეთოს ასევე ჩანაწერი იმ საქმიანობებზე, რომლებშიც აკმაყოფილებს დამატებით სანებართვო პირობებს ან მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობისათვის კანონმდებლობით დადგენილ მოთხოვნებს (სავალდებულო შეტყობინებების რეესტრში რეგისტრაცია). ლიცენზიის/ნებართვის დამადასტურებელი დოკუმენტის ასლები ან მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობისათვის სავალდებულო შეტყობინებების რეესტრში რეგისტრაციის შესახებ ინფორმაცია (სსიპ – სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოში შესაბამისი შეტყობინების გაკეთებისა და ამ შეტყობინების მიღების შესახებ დადასტურებული ინფორმაცია), ასეთის არსებობის შემთხვევაში, თან უნდა დაერთოს „განაცხადს“.

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 ქვეპროგრამის ფარგლებში ოფიციალური ურთიერთობებისთვის, ხოლო „განაცხადში“ წარმოდგენილი საბანკო რეკვიზიტები – ქვეპროგრამის ფარგლებში მიმწოდებელთან ანგარიშსწორებისთვის.

6. თუ მიმწოდებლად რეგისტრაციის მსურველი პირი განმახორციელებელს სთავაზობს მომსახურებას დაქვემდებარებული ორგანიზაციული ერთეულ(ებ)ის (ფილიალი, შვილობილი საწარმო ან სხვა) მეშვეობით, იურიდიული მისამართისაგან განსხვავებულ ტერიტორიაზე, განაცხადი წარდგენილ უნდა იქნეს ცალ-ცალკე, მათი კონკრეტული ფაქტობრივი მისამართის (ადგილმდებარეობის) გათვალისწინებით

7. განაცხადის რეგისტრაციის პროცესის ოპერატიულობისა და მიმწოდებელთათვის ტერიტორიული ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად, სათანადოდ და სრულყოფილად შევსებული განაცხადი, დანართებთან ერთად (ასეთის აუცილებლობის შემთხვევაში), რეგისტრაციის მიზნით, ჩაბარებულ უნდა იქნეს სსიპ - სოციალური მომსახურების სააგენტოს ცენტრალურ აპარატში (მისამართი: თბილისი, აკ. წერეთლის გამზ. N144) ან სოციალური მომსახურების სააგენტოს შესაბამის სამხარეო ცენტრებში.

8. პირი პასუხისმგებელია განაცხადში აღნიშნული, მათ შორის, ლიცენზია/ნებართვებთან დაკავშირებული ინფორმაციის სისწორეზე.

9. შეცდომებით ან/და კორექტირებული (გადახაზული) მონაცემებით შევსებული „განაცხადი“ არ მიიღება.

10. სავალდებულოა, „განაცხადის“ ყველა გვერდი დამოწმდეს უფლებამოსილი პირის ხელმოწერით და ბეჭდით (ასეთის აუცილებლობისა და არსებობის შემთხვევაში).

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

12. პირს მიმწოდებლის სტატუსი მიენიჭება „2020 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2019 წლის 31 დეკემბრის №674 დადგენილებაში ცვლილების შეტანის თაობაზე საქართველოს მთავრობის 2020 წლის 17 მარტის N176 დადგენილების მე-2 მუხლით დადგენილი თარიღიდან.

13. ტერიტორიული ერთეულები ვალდებული არიან „განაცხადის“ წარმომდგენ პირს მიაწოდონ ცხელი ხაზის ტელეფონის ნომერი – **1505** „პროგრამებთან“ დაკავშირებით და მათთვის საჭირო ინფორმაციის მიღების მიზნით.