**Ձև N 9**

ՀՀ առողջապահության նախարար

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ -ին

|  |  |
| --- | --- |
|   |                                                          (անունը, ազգանունը) |

**Հ Ա Յ Տ**

**ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՍՊԱՍԱՐԿՄԱՆ ԻՐԱԿԱՆԱՑՄԱՆ ՎԱՅՐԻ ՓՈՓՈԽՄԱՆ ՄԱՍԻՆ**

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

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

2. Գործունեության իրականացման վայրը \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

3. Իրավաբանական անձի պետական գրանցման համարը (անհատ ձեռնարկատիրոջ հաշվառման համարը) կամ հարկ վճարողի հաշվառման համարը (ՀՎՀՀ) □□□□□□□□□□

4. Իրավաբանական անձի (անհատ ձեռնարկատիրոջ) էլեկտրոնային փոստի հասցեն և ինտերնետային պաշտոնական կայքի հասցեն (առկայության դեպքում) և հեռախոսահամարը \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

6. 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), Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2008 թվականի մարտի 27-ի N 276-Ն որոշմամբ հաստատված բժշկական օգնության և սպասարկման տեսակների ցանկին։ Դրանք հետևյալն են՝

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

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

7. Թմրամիջոցներ կամ հոգեմետ (հոգեներգործուն) նյութեր պարունակող դեղերի կիրառումև (կամ) բացթողում: Սույն կետը լրացվում է թմրամիջոցների կամ հոգեմետ (հոգեներգործուն) նյութեր պարունակող դեղերի կիրառման և (կամ) բացթողման նպատակով`

□ այո

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

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

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

9. □ Տեխնիկական հագեցվածությունը և մասնագիտական որակավորումը համապատասխանում են Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2002 թվականի դեկտեմբերի 5-ի N 1936-Ն որոշման պահանջներին:

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

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

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

11. □ Ստոմատոլոգիական բժշկական հաստատությունում իրականացվելու են իմպլանտոլոգիական բժշկական օգնություն և սպասարկում: Տեխնիկական հագեցվածությունը և մասնագիտական որակավորումը համապատասխանում են Հայաստանի Հանրապետության 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:

12. Ստոմատոլոգիական բժշկական հաստատությունն ունի՝

□ հանդերձարան կամ □ հանդերձապահարան

□ մատենավարման սենյակ կամ □ մատենավարման ծառայություն

□ ճառագայթային ախտորոշման կամ □ նորագույն ռենտգեն սարք (ռենտգեն) սենյակ

13. 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։

14. □ 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:

15. Կից ներկայացնում եմ (պարտադիր ներկայացվող փաստաթղթերի ցանկ)`

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 և լիցենզիայի բնօրինակը

Ներկայացված տեղեկությունների իսկությունը հաստատում եմ`

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

(կազմակերպության տնօրենի (անհատ ձեռնարկատիրոջ) ստորագրությունը, անունը, ազգանունը)

\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20   թ.».