***დანართი N3***

**„2022 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2022 წლის 12 იანვრის N4 დადგენილებით დამტკიცებული „უსაფრთხო სისხლის“ სახელმწიფო პროგრამით განსაზღვრული სერვისების მიმწოდებლად რეგისტრაციის ფორმა**

**(ფორმა ივსება დადგენილი წესის შესაბამისად)**

**რეგისტრაციის** **N ---------------------2022 წელი**

1. **სამედიცინო დაწესებულების რეკვიზიტები:**

მითითებული მონაცემები გამოყენებული იქნება პროგრამის ფარგლებში ოფიცილური ურთიერთობებისათვის

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **დაწესებულების სრული დასახელება** |  | **საიდენტიფიკაციო კოდი** |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **იურიდიული მისამართი** | | | |
| ქალაქი/მუნიციპალიტეტი: | | მისამართი: | |
| **ფაქტიური (მომსახურების მიწოდების ადგილი) მისამართი** | | | |
| ქალაქი/მუნიციპალიტეტი: | | მისამართი: | |
| **დაწესებულების საკონტაქტო ინფორმაცია** | | | |
| ტელეფონი: | | ელექტრონული ფოსტა: | |
| **საბანკო რეკვიზიტები** | | | |
| საბანკო დაწესებულების დასახელება: | ბანკის კოდი: | | ანგარიშის ნომერი: |

ვადასტურებთ განაცხადში ჩემს მიერ დაფიქსირებული მონაცემების სისწორეს, მათ შორის „უსაფრთხო სისხლის“ სახელმწიფო პროგრამით განსაზღვრული სერვისების მიწოდების ვალდებულებას და გამოვთქვამთ მზადყოფნას შევასრულოთ საქართველოს მოქმედი კანონმდებლობით, მათ შორის „2022 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2022 წლის 12 იანვრის N4 დადგენილებით გათვალისწინებული შესაბამისი ვალდებულებები, რასაც გავეცანი და ვადასტურებ ხელმოწერით.

|  |  |
| --- | --- |
| **სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელის** | |
| სახელი, გვარი |  |
| პირადი ნომერი |  |
| პირადი ტელეფონი (მობილური) |  |
| პირადი ელექტრონული ფოსტა |  |

*სამედიცინო დაწესებულების ბეჭედი*

------------------------------------------------ ------------------------------------------

ხელმოწერა თარიღი (რიცხვი, თვე, წელი)

ჩაიბარა:

სსიპ - ლ.საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა

და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის

ეროვნული ცენტრის პასუხისმგებელი პირის ხელმოწერა **- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -**

**მე \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

*სახელი, გვარი, თანამდებობა*

ორგანიზაციის სახელით, წინამდებარე განაცხადზე ხელმოწერით ვადასტურებ, რომ სრულად ვიცნობთ „უსაფრთხო სისხლის“ სახელმწიფო პროგრამით გასაწევი მომსახურების ვალდებულებას, დამატებით პირობებს, ვაკმაყოფილებთ ასეთი საქმიანობისათვის კანონმდებლობით დადგენილ მოთხოვნებს და ვიღებთ პასუხისმგებლობას, როგორც მომსახურების მიმწოდებელი მონიშნული პროგრამით ნაკისრი ვალდებულებების სრულ და ჯეროვან შესრულებაზე, ასევე ვადასტურებ, რომ პროგრამის მოსარგებლეებს მომსახურებას მივაწვდით სოციალური დახმარების სახით, ხოლო გაწეული მომსახურებისათვის დაფინანსების მოთხოვნა განმახორციელებლის მიერ დამტკიცებული საანგარიშგებო ფორმით, წარდგენილი იქნება ცენტრში ადმინისტრირების წესით განსაზღვღულ ვადებში.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **უსაფრთხო სისხლის სახელმწიფო პროგრამა** | | |
| 1 | სისხლის დონორების მოზიდვა (რეკრუტირება) და ჩართვა უანგარო დონაციებში | დიახ | არა |

შენიშვნა:

“**✓**” ნიშნით მიეთითება ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამაში მომსახურების მიმწოდებლად რეგისტრაციაზე თანხმობა ან უარი. არასრულად, შეცდომებით ან/და დაკორექტირებული (გადახაზული) მონაცემებით შევსებული ფორმა არ მიიღება.

*სამედიცინო დაწესებულების ბეჭედი*

--------------------------------------------- ---------------------------------------------------------------------

ხელმოწერა თარიღი (რიცხვი, თვე, წელი)

ჩაიბარა:

სსიპ - ლ.საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა

და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის

ეროვნული ცენტრის პასუხისმგებელი პირის ხელმოწერა **- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -**

1. **ინფორმაცია შესაბამისი სამედიცინო საქმიანობის ნებართვის/მაღალი რისკის საქმიანობის შეტყობინების 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)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **ნებართვის/ლიცენზიის/მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის დასახელება** | **ნებართვის/ლიცენზიის ნომერი და/ან მაღალი რისკის შემცველი საქმიანობის თაობაზე შეტყობინების ნომერი/თარიღი** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |
| 9 |  |  |
| 10 |  |  |

შენიშვნა:

პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურების მიმწოდებლები არიან საწარმოო ტრანსფუზიოლოგიის საქმიანობის ლიცენზიის მფლობელი დაწესებულებები, რომლებიც აკმაყოფილებენ ამ საქმიანობისთვის კანონმდებლობით მოთხოვნილ, ვაუჩერით დადგენილ და ამ ფორმის მე-3 მუხლით განსაზღვრულ პირობებს.

*სამედიცინო დაწესებულების ბეჭედი*

------------------------------------------------ ---------------------------------------------------------------------

ხელმოწერა თარიღი (რიცხვი, თვე, წელი)

ჩაიბარა:

სსიპ - ლ.საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა

და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის

ეროვნული ცენტრის პასუხისმგებელი პირის ხელმოწერა **- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -**

1. **პროგრამაში მონაწილეობის ძირითადი კრიტერიუმები და წარმოსადგენი დოკუმენტების ნუსხა:**
2. უსაფრთხო სისხლის სახელმწიფო პროგრამის აღნიშნულ კომპონენტში მონაწილე ორგანიზაციას სამართლებრივი ფორმა უნდა იყოს არაკომერციული, არამომგებიანი იურიდიული პირი;
3. პროგრამაში მონაწილეობის მსურველ ორგანიზაციას ხელშეკრულება უნდა ჰქონდეს გაფორმებული უსაფრთხო სისხლის სახელმწიფო პროგრამაში ჩართულ მინიმუმ ერთ სისხლის დაწესებულებასთან, სისხლისა და სისხლის კომპონენტების დამზადების მიზნით სისხლის უანგარო დონორების მობილიზაციასა და მიმართვაზე;
4. პროგრამაში მონაწილეობის მსურველ ორგანიზაციას თავის ელექტრონულ პლატფორმაზე რეგისტრირებუი უნდა ჰყავდეს მინიმუმ 100 უანგარო დონორი;
5. პროგრამაში ჩართვის მსურველი ორგანიზაციას უნდა გააჩნდეს უანგარო დონორების მოზიდვისათვის შესაბამისი ელექტრონული პლატფორმა (ვებ-გვერდი) და ცხელი ხაზი, რომელზეც სისხლის უანგარო დონორები შეძლებენ სათანადო ინფორმაციის მიღებასა და წინასწარ რეგისტრაციას;
6. პროგრამაში ჩართვის მსურველი დაწესებულება, იღებს ვალდებულებას რომ იზრუნებს მასთან აღრიცხვაზე მყოფი უანგარო დონორების უანგარო რეგულარულ დონორებად რეკრუტირებაზე;
7. პროგრამაში ჩართვის მსურველი დაწესებულება, პროგრამაში მონაწილეობით იღებს ვალდებულებას მიიღოს მონაწილეობა პროგრამის განმახორციელებლის მიერ დაგეგმილ აქტივობებში, რომლებიც მიმართულია უანგარო დონაციის პოპულარიზაციისკენ მიმართულ ღონისძიებებში;
8. პროგრამაში ჩართვის მსურველი დაწესებულება, პროგრამაში ჩართვის შემთხვევაში ვალდებულია განახორციელოს მასთან აღრიცხულ სისხლის დონორების მოწვევა სისხლის ბანკში მორიგი დონაციისთის წინა დონაციიდან შესაბამისი ვადის გასვლის გათვალისწინებით;

1. პროგრამაში ჩართვის მსურველი დაწესებულება, პროგრამაში ჩართვის შემთხვევაში ვალდებულია განახორციელოს დონორების ჯანმრთელობაზე ზრუნვა, შესაბამისი საგანმანათლებლო მასალების მიწოდებისა და კონსულტირების გზით;

*სამედიცინო დაწესებულების ბეჭედი*

------------------------------------------------ ---------------------------------------------------------------------

ხელმოწერა თარიღი (რიცხვი, თვე, წელი)

ჩაიბარა:

სსიპ ლ.საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა

და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის

ეროვნული ცენტრის პასუხისმგებელი პირის ხელმოწერა **- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -**

**IV. დაფინანსების მეთოდოლოგია და ანაზღაურების წესი**

მომსახურების ანაზღაურება ხორციელდება შესრულებული სამუშაოს მიხედვით, შემდეგი პრინციპით:

უანგარო დონაციებისთვის ერთეული შემთხვევის სრული ღირებულება განისაზღვრება 5 ლარის ოდენობით, აქედან: ჩატარებული უანგარო დონაციების რაოდენობის შესაბამისად, ყოველთვიურად თითოეულ უანგარო დონაციაზე აღნიშნული პროგრამის მიმწოდებელ დაწესებულებას აუნაზღაურდება 3 ლარი; ხოლო სისხლის ბანკს, რომელთანაც გაფორმებული აქვთ კონტრაქტი და სადაც განხორციელდა დონაცია 2 ლარი;

**V. ინფორმაცია „უსაფრთხო სისხლის სახელმწიფო პროგრამის“ მიმწოდებელ სისხლის დაწესებულებასთან/ბანკთან გაფორმებული კონტრაქტის თაობაზე**

**სისხლის დაწესებულების/ბანკის**

**დასახელება:**

**საიდენტიფიკაციო კოდი:**

**მისამართი:**

**კონტრაქტის გაფორმების თარიღი**

**კონტრაქტის ნომერი**

*სამედიცინო დაწესებულების ბეჭედი*

------------------------------------------------ ---------------------------------------------------------------------

ხელმოწერა თარიღი (რიცხვი, თვე, წელი)

ჩაიბარა:

სსიპ ლ.საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა

და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის

ეროვნული ცენტრის პასუხისმგებელი პირის ხელმოწერა **- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -**