***დანართი***

**,,ახალი კორონავირუსული დაავადების COVID 19-ის მართვის“ სახელმწიფო პროგრამის**

**„ახალი კორონავირუსით (SARS-CoV-2) გამოწვეული ინფექციის (COVID-19) დიაგნოსტიკის**

**უზრუნველყოფის“ კომპონენტით გათვალისწინებული მომსახურების**

**მიმწოდებელი ქვეკონტრაქტორი დაწესებულებების ნუსხა**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N** | **დაწესებულების დასახელება** | **საიდენტიფიკაციო კოდი** | **რეგიონი** | **რაიონი** | **ფაქტიური მისამართი** | **ელ. ფოსტა** | **ბრიგადების რაოდ.** |
|   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |  |

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

*სამედიცინო დაწესებულების ბეჭედი*

ხელმოწერა თარიღი (რიცხვი, თვე, წელი)

**ჩაიბარა:**

**სსიპ ლ.საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა**

**და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის**

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