დანართი 2

სამედიცინო პერსონალის შესახებ ანგარიშგების ფორმა სააღმზრდელო საქმიანობის ლიცენზიის მქონე 24 საათიანი ზრუნვის დაწესებულებებისათვის

№	ექიმი*						ექთანი**				
	სახელი	გვარი	პირადი ნომერი	დაკავებული თანამდებობა	სერტიფიკატით განსაზღვრული საექიმო სპეციალობა	სუბსპეციალობა/ სპეციალიზაცია***	სახელი	გვარი	პირადი ნომერი	დაკავებული თანამდებობა	დიპლომით მინიჭებული კვალიფიკაცია

* არ ივსება ინფორმაცია უმცროსი ექიმების შესახებ.
** ივსება მხოლოდ ასეთი პერსონალის არსებობის შემთხვევაში.
*** ივსება ასეთის არსებობის შემთხვევაში