

**Տ Ե Ղ Ե Կ Ա Ն Ք**

**ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅՈՒՆՈՒՄ ԺԱՄԱՆԱԿԱՎՈՐ ԿԱՄ ՄՇՏԱԿԱՆ ԿԱՑՈՒԹՅԱՆ ԿԱՐԳԱՎԻՃԱԿ  
ՍՏԱՆԱԼՈՒ (ԿԱՑՈՒԹՅԱՆ ԿԱՐԳԱՎԻՃԱԿԸ ԵՐԿԱՐԱԶԳԵԼՈՒ) ՀԱՄԱՐ ԴԻՄԱԾ ԱՆՁԻ ԱՌՈՂՋԱԿԱՆ ՎԻՃԱԿԻ  
ՄԱՍԻՆ**

Բժշկական զննություն իրականացնող կազմակերպությունը

\_\_\_\_\_ *(բժշկական կազմակերպության անվանումը և հասցեն)*

Տրվում է \_\_\_\_\_

*(Հայաստանի Հանրապետությունում ժամանակավոր կամ մշտական կացության կարգավիճակ ստանալու  
(կացության կարգավիճակը երկարաձգելու համար դիմած անձի անուն, ազգանուն, հայրանուն)*

Ծննդյան տարեթիվ \_\_\_\_\_

Անձը հաստատող փաստաթղթի տեսակը և համարը \_\_\_\_\_

Որ երկրից է ժամանել \_\_\_\_\_

Ժամանողի բնակության վայրը \_\_\_\_\_

Բժշկական զննության արդյունքները` \_\_\_\_\_

Ախտորոշում և բժշկական եզրակացություն \_\_\_\_\_

Թերապևտ/ընտանեկան բժիշկ \_\_\_\_\_

*(անուն, ազգանուն, ստորագրություն)*

Բժշկական կազմակերպության տնօրեն \_\_\_\_\_

*(անուն, ազգանուն, ստորագրություն)*

Տեղեկանքի տրման ամսաթիվը \_\_\_\_\_ 20 թ.