

პატივცემულო კოლეგებო,

ასოციაციებს, რომლებიც არ არიან დარეგისტრირებული ასოციაციების რეესტრში და აქვთ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან თანამშრომლობის სურვილი, თანდართული კითხვარის შესაბამისად ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტის საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და პროგრამების სამმართველოში (ოთახი №206) მოგვაწოდონ ინფორმაცია ორგანიზაციის შესახებ, დამოწმებული ხელმძღვანელის ხელმოწერითა და ორგანიზაციის ბეჭდით.

ტელ: 38 11 95

E-mail _ guideline@moh.gov.ge

კითხვარი

ორგანიზაციის დასახელება

.....

ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმა

იურიდიული მისამართი

ფაქტიური მისამართი

სასამართლო გადაწყვეტილება (აღიღი/თარიღი)

.....

საბანკო რეკვიზიტები

ფაქსი

ტელეფონი

ელ. ფოსტა

ვებ. გვერდი

ბეჭდვითი ორგანო

ხელმძღვანელი (პრეზიდენტი, თავმჯდომარე)

.....

სახელი, გვარი, თანამდებობა

გენერალური მდივანი

სახელი, გვარი

წევრთა რაოდენობა (მათ შორის სამეცნიერო ხარისხის მქონე)

.....

გამგეობის წევრთა რაოდენობა (ლოქტორები, კანდიდატები)

.....

ორგანიზაციის წევრობის დამადასტურებელი წიგნაკის არსებობა _ (კი, არა)

ორგანიზაციის მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის დახასიათება:

ა) ოფისი

.....
.....
.....

ბ) ტექნიკური აღჭურვილობა

.....
.....
.....

არის თუ არა თქვენი ორგანიზაცია რომელიმე საერთაშორისო ორგანიზაციის წევრი (მიუთითეთ ორგანიზაცია და გაწევრიანების წელი) ..

.....

გამოცდილება

ა) განხორციელებული პროექტები საქართველოში (აღწერილობა)

.....
.....
.....

ბ) განხორციელებული პროექტები ქვეყნის გარეთ (აღწერილობა)

.....
.....
.....

გ) ორგანიზაციის სახელის გამოყენება საერთაშორისო სიმპოზიუმებზე და ყრილობებზე

.....
.....

დ) ორგანიზაციის წევრების საერთაშორისო პროგრამებში მონაწილეობა

.....
.....

რის გაუმჯობესებას ისურვებდით:

➤ თქვენს დარგში

.....
.....
.....
.....

➤ კანონმდებლობაში

.....
.....
.....
.....
.....

ორგანიზაციის ხელმძღვანელი: / /

ბ. ა.