

ՄԱՏՅԱՆ

**ԿԱԼԱՆԱՎՈՐՎԱԾ ԱՆՁԱՆՑ ԵՎ ԴԱՏԱՊԱՐՏՅԱԼՆԵՐԻ ՔԱՂԱՔԱՑԻԱԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՀԱՍՏԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ
 ՓՈԽԱԴՐՄԱՆ ՀԱՇՎԱՌՄԱՆ**

Հ/Հ	Տարեթիվը, ամիսը, ամսաթիվը	Անունը, հայրանունը, ազգանունը	Ծննդյան թիվը	Ախտորոշումը՝ փոխադրվելիս	Փոխադրման տարեթիվը, ամիսը, ամսաթիվը	Քաղաքացիական բժշկական հաստատության անվանումը
1	2	3	4	5	6	7

Փոխադրման ծնը	Փոխադրման տեսակը	Փոխադրման նպատակը	Պետական պատվերի ուղեգրի համարը	Քաղաքացիական բժշկական հաստատության բժշկի անունը, ազգանունը, կոնտակտային տվյալները	Քաղաքացիական բժշկական հաստատության հաշվեհամարին դրամական փոխանցումը հիմնավորող փաստաթուղթը կամ դրա պատճենը	Քրեակատարողակա հիմնարկի պահախմբի ուղեկցման և պահպանման ծախսերի փոխանցումը հիմնավորող փաստաթուղթը կամ դրա պատճենը
Շտապ/ պլանային	Պետական պատվերի ուղեգրով/վճարովի հիմունքներով	Խորհրդատվություն Հետազոտում/ Բուժում				
8	9	10	11	12	13	14

