

Ք. Երևան, Պուշկին փողոց, 56 շենք  
Ք. Երևան, Լվովյան փողոց, 2 շենք  
[familyhealth@wigmore.am](mailto:familyhealth@wigmore.am) Հեռ.՝ 012345677  
«Ուիգմոր Բլինիքս» ՓԲԸ

ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԱՌԱՋՆԱՅԻՆ ՊԱՀՊԱՆՄԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ՄԱՏՈՒՑՈՂ ԲԺՇԿԻ  
ԸՆՏՐՈՒԹՅՈՒՆԸ ՎԱՎԵՐԱՅՆՈՂ ԳՐԱՆՅՄԱՆ ՁԵՎ /Ձև 004/

1. h/h \_\_\_\_\_ 2. Գրանցման ամսաթիվ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
որ ամիս տարի
4. Գրանցող բուժհաստատություն «Ուիգմոր Ընտանիքի Առողջություն»  Ք. Երևան, Պուշկին փողոց, 56 շենք  
(անվանումը)  Ք. Երևան, Լվովյան փողոց, 2 շենք
5. Նախկին բժշկական կազմակերպություն \_\_\_\_\_  
(անվանումը)
6. Բնակիչ \_\_\_\_\_  
(ազգանուն, անուն, հայրանուն)
7. Ծննդյան ամսաթիվը \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 8. Անձը հաստատող փաստաթուղթ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
որ ամիս տարի սերիա համար
9. Սեռը  իգական  արական
10. Հանրային ծառայության համարանիշ \_\_\_\_\_
11. Հեռ.՝ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Էլ. հասցե \_\_\_\_\_
12. Քաղաքացիությունը  ՀՀ քաղաքացի  Օտարերկրյա քաղաքացի  Քաղաքացիություն չունեցող անձ
13. Բնակչի հաշվառման վայրը \_\_\_\_\_  
(մարզ քաղաք/գյուղ) (փողոց, շենք/տուն, բնկ.)
14. Բնակչի բնակության վայրը ք. Երևան \_\_\_\_\_  
(փողոց, շենք/տուն, բնկ.)
15. Բնակչի կողմից ընտրված առողջության առաջնային պահպանման բժիշկ \_\_\_\_\_  
(ազգանուն, անուն) ստորագրություն

Ստորագրելով ստորև՝

ՏԱԼԻՍ ԵՄ ԻՄ ՀԱՄԱՁԱՅՆՈՒԹՅՈՒՆԸ մշակելու համար իմ ներկայացրած անձնական տվյալները՝

«Անձնական տվյալների պաշտպանության մասին» ՀՀ օրենքին համապատասխան:

Բնակչի ստորագրությունը \_\_\_\_\_

Ք. Երևան, Պուշկին փողոց, 56 շենք  
Ք. Երևան, Լվովյան փողոց, 2 շենք  
[familyhealth@wigmore.am](mailto:familyhealth@wigmore.am) Հեռ.՝ 012345677  
«Ուիգմոր Քլինիքս» ՓԲԸ

Հարգելի Բուժառու,

Ողջունում ենք «Ուիգմոր Ընտանիքի Առողջություն» կենտրոնում Ձեր (Ձեր երեխայի) կցագրվելու որոշումը:

Մեր կենտրոնի բժիշկները սիրով կիրականացնեն Ձեր և Ձեր երեխայի առողջության վերահսկումը՝ ապացուցահեն բժշկության ուղեցույցներին համապատասխան:

Մեր համագործակցությունն արդյունավետ դարձնելու նպատակով՝ խնդրում ենք Ձեզ.

- հետևյալ դեպքերում (18 – 27 տ. տղամարդ, 0-18 տ. երեխա, քրոնիկ հիվանդության առկայություն՝ շաքարային դիաբետ, էպիլեպսիա, պարբերական հիվանդություն) պարտադիր ներկայացնել առողջության վերաբերյալ քաղվածքը կամ պատվաստումների մասին տեղեկատվությունը նախկին պոլիկլինիկայից 10 աշխատանքային օրվա ընթացքում (տվյալ փաստաթուղթը տրամադրվում է անվճար)
- այցը նախապես գրանցել զանգահարելով՝ 012345677 հեռախոսահամարով
- անհրաժեշտ է բուժանձնակազմի կողմից սահմանված և Ձեզ հետ համաձայնեցված ժամկետներում ներկայանալ կենտրոն առողջ այցերի, սկրինինգների և պատվաստումների կատարման համար:

Ստորագրելով սույն փաստաթուղթը՝ ես՝ \_\_\_\_\_,  
հավաստում եմ, որ «Ուիգմոր Ընտանիքի Առողջություն» կենտրոնի աշխատակից \_\_\_\_\_-ի կողմից մանրամասն ներկայացվել և բացատրվել է «Ուիգմոր Ընտանիքի Առողջություն» կենտրոնում մատուցվող ծառայությունները, դրանց մատուցման պայմանները, կցագրման վերաբերյալ որոշում ընդունելու համար ինձ անհրաժեշտ ամբողջ տեղեկատվությունը, որոնց վերաբերյալ որևէ առարկություն կամ անհամաձայնություն չունեմ:

«Ուիգմոր Ընտանիքի Առողջություն» կենտրոնում Ձեր կցագրման հաստատումը կարող եք ստուգել «Արմեդ» էլեկտրոնային համակարգի հավելվածով:

Մաղթում ենք Ձեզ առողջություն:

Սիրով՝

Ուիգմոր թիմ

Ծանոթացա \_\_\_\_\_

Ստորագրություն