**აფხაზეთის ავტონომიური რესპუბლიკის**

 **ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის**

 **მინისტრს ბატონ ლევან ჩაკვეტაძეს**

აფხაზეთიდან იძულებით გადაადგილებული პირის

 სახელი გვარი --------------------------------------------------------

 ნათესაური კავშირი პაციენტთან ----------------------------

 სახელი, გვარი--------------------------------------------------------

 (im SemTxvevaSi, rodesac formas ar avsebs pacienti)

 ასაკი ------------------

 პირადი ნომერი------------------------------------------------------

 მისამართი (ფაქტიური)-------------------------------------------

 ტელეფონი:

 დამ. ტელეფონი:

**გ ა ნ ც ხ ა დ ე ბ ა**

დოკუმენტები თან ერთვის ----- გვერდზე.

-------------------------

(ხელმოწერა)

2022 წლის “----“ -----------------