|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **დანართი №1** | | |
| განმცხადებლის მონაცემები **Applicant Data** | | |
| 1.1. საიდენტიფიკაციო ნომერიCustomer Number |  | |
| 1.2. სახელწოდება (სერტიფიკატის მაძიებელი ორგანიზაცია) Applicant Name (for which approval is requested) |  | |
| 1.3. მისამართი (იურიდიული მისამართი) Address  (registered business address) | ქუჩა/N  Street / Nr |  |
| საფოსტო ინდექსი  Post Code |  |
| ქალაქი  City |  |
| ქვეყანა  Country |  |
| 1.4. საკონტაქტო პირი (განცხადებაზე პასუხისმგებელი პირი) Contact Person (responsible for this application) | გვარი  Name |  |
| სახელი  First name |  |
| თანამდებობა  Job title |  |
| ტელ/ფაქსი  Phone/Fax |  |
| ელ.ფოსტა:  Email |  |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1.5. მოთხოვნილი მომსახურება**  **Identification of Activity** | | | |
| **სერტიფიცირება**  **Initial Approval** | | | |
| **სერტიფიკატში ცვლილების შეტანა**  **Change Approval** | სსიპ სამოქალაქო ავიაციის სააგენტოს მიერ გაცემული სერტიფიკატის N  GCAA Approval N°: | |  |
| 2. განმცხადებელი/ავიასამედიცინო ცენტრის ხელმძღვანელიHead of AeMC | | | |
| 2.1 სახელი, გვარიName |  | | |
| 2.2 ავიასამედიცინო ექსპერტის სერტიფიკატის ნომერიAME certificate reference |  | | |
| 2.3 პირველი კლასის სამედიცინო სერტიფიკატის გაცემის უფლების მინიჭების თარიღიClass 1 privilege since | (დდ/თთ/წწ) (dd Month yyyy) | | |
| 3. სერტიფიცირებული ავიასამედიცინო ექსპერტ(ებ)ი **დანართი 2-ის მეშვეობით მიუთითეთ ყველა სერტიფიცირებული ავიასამედიცინო ექსპერტი, სამედიცინო პერსონალი და დამხმარე სპეციალისტები/კონსულტანტები** Name of qualified AME(s) Use Annex II to list all qualified AMEs, medical staff and supporting specialist consultants. | | | |
| **4. განცხადებასთან ერთად წარმოდგენილი დოკუმენტაცია**  **Proposed administration documents and manuals submitted with application** | | | |
| მართვის სისტემის დოკუმენტაცია  Management System documentation | | სხვა სახელმძღვანელოები  Other Manual(s) | |
| ცვლილების მართვის პროცედურა | | სერტიფიცირებული ავიასამედიცინო ექსპერტების, სამედიცინო პერსონალისა და დამხმარე სპეციალისტ-კონსულტანტების ჩამონათვალი | |
| პერსონალის სწავლების ჩანაწერები  Staff Training Records | | შესაბამისობის მონიტორინგის სისტემის სახელმძღვანელოს სპეციალური კითხვარი | |
| ამონაწერი სამეწარმეო რეესტრიდან და ორგანიზაციული სტრუქტურა პასუხისმგებელი პირების მითითებით | | სამედიცინო საქმიანობის სფეროში შესაბამისი უფლების დამადასტურებელი დოკუმენტი (ლიცენზია ან/და ნებართვა)  დეტალური ინფორმაცია კონტრაქტორი სამედიცინო დაწესებულებების შესახებ, რომლებიც უზრუნველყოფენ გამოკვლევებისა და სამედიცინო შემოწმებების ჩატარებას | |
| სხვა სამედიცინო დაწესებულებებთან გაფორმებული ხელშეკრულებები  Documents of clinical attachment, or liaison with designated hospitals, or medical institutes    სამედიცინო და ტექნიკური აღჭურვილობის ჩამონათვალი, დამხმარე კლინიკური ბაზების ჩათვლით | |  | |

|  |
| --- |
| 5. შენიშვნებიNotes |
| თუ რომელიმე ზემოაღნიშნულ შეკითხვაზე პასუხი არასრულია, გთხოვთ, ცალკე ფურცელზე მიუთითოთ ალტერნატიული შეთანხმების სრული დეტალები.  If answers to any of the above questions are incomplete: Please provide full details of alternative arrangements separately. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 6. განმცხადებლის დეკლარაციაApplicant’s declaration and acceptance of the General Conditions and Terms of Payment | | |
| ვადასტურებ, რომ წინამდებარე განცხადებაში აღნიშნული მონაცემები სწორია და შეესაბამება სინამდვილეს. ზემოთ მოხსენიებული პიროვნებები აკმაყოფილებენ მათ მიმართ დადგენილ მოთხოვნებს.  I declare that I have the legal capacity to submit this application to GCAA and that all information provided in this application form is correct and complete.  I, the undersigned, on behalf of the applicant identified in 1.1.2 above certify that all the above named persons are in compliance with the applicable requirements and that all the above information given is complete and correct. | | |
| თარიღი/ადგილი Date/Place | ხელმძღვანელი:  სახელი და გვარი  Name of Accountable Manager | ხელმოწერა Signature |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **დანართი 1: სამედიცინო და ტექნიკური აღჭურვილობის ჩამონათვალი, დამხმარე კლინიკური ბაზების ჩათვლით**  **Annex 1:** List of medical and technical facilities including auxiliary clinical sites. | | | |
| სერტიფიცირების სფეროსა და დამხმარე კლინიკურ ბაზებთან დაკავშირებული სამედიცინო და ტექნიკური საშუალებები  Medical & technical facilities related to scope of approval & auxiliary clinical sites. | | |  |
| 1. | სახელწოდება  Name |  |  |
| იურიდიული მისამართი |  |
| საფოსტო კოდი  Post Code |  |
| ქალაქი  City |  |
| ქვეყანა  Country |  |
|  |  |
| 2. | სახელწოდება  Name |  |  |
| იურიდიული მისამართი |  |
| საფოსტო კოდი  Post Code |  |
| ქალაქი  City |  |
| ქვეყანა  Country |  |
|  |  |
| 3. | სახელწოდება  Name |  |  |
| იურიდიული მისამართი |  |
| საფოსტო კოდი  Post Code |  |
| ქალაქი  City |  |
| ქვეყანა  Country |  |
|  |  |
| 4. | სახელწოდება  Name |  |  |
| იურიდიული მისამართი |  |
| საფოსტო კოდი  Post Code |  |
| ქალაქი  City |  |
| ქვეყანა  Country |  |
|  |  |
| 5. | სახელწოდება  Name |  |  |
| იურიდიული მისამართი |  |
| საფოსტო კოდი  Post Code |  |
| ქალაქი  City |  |
| ქვეყანა  Country |  |
|  |  |

*საჭიროების შემთხვევაში, დაამატეთ გრაფები*

*Insert additional lines if necessary*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **დანართი 2: სერტიფიცირებული ავიასამედიცინო ექსპერტების, სამედიცინო პერსონალისა და დამხმარე სპეციალისტ -კონსულტანტების ჩამონათვალი**  **Annex II: List of qualified AMEs, medical staff and supporting specialist consultants** | | | | |
|  | **იდენტიფიკაცია და კვალიფიკაცია**  **Identification and qualifications** | | **სერტიფიკატი/ფუნქცია**  **Certificate & role** | **დასაქმების ტიპი**  **Type of Employment** |
| 1. | სახელი და გვარი  Name |  | სერტიფიკატის ნომერი  Certificate Number: | სრულ განაკვეთზე  Full Time  ნახევარ განაკვეთზე  Part Time |
| კვალიფიკაცია  Qualifications |  | ავიასამედიცინო ექსპერტი AME  დამხმარე სპეციალისტი/ კონსულტანტი  Supporting specialist consultant |
| 2. | სახელი და გვარი  Name |  | სერტიფიკატის ნომერი  Certificate Number: | სრულ განაკვეთზე  Full Time  ნახევარ განაკვეთზე  Part Time |
| კვალიფიკაცია  Qualifications |  | ავიასამედიცინო ექსპერტი AME  დამხმარე სპეციალისტი/ კონსულტანტი  Supporting specialist consultant |
| 3. | სახელი და გვარი  Name |  | სერტიფიკატის ნომერი  Certificate Number: | სრულ განაკვეთზე  Full Time  ნახევარ განაკვეთზე  Part Time |
| კვალიფიკაცია  Qualifications |  | ავიასამედიცინო ექსპერტი AME  დამხმარე სპეციალისტი/ კონსულტანტი  Supporting specialist consultant |
| 4. | სახელი და გვარი  Name |  | სერტიფიკატის ნომერი  Certificate Number: | სრულ განაკვეთზე  Full Time  ნახევარ განაკვეთზე  Part Time |
| კვალიფიკაცია  Qualifications |  | ავიასამედიცინო ექსპერტი AME  დამხმარე სპეციალისტი/ კონსულტანტი  Supporting specialist consultant |
| 5. | სახელი და გვარი  Name |  | სერტიფიკატის ნომერი  Certificate Number: | სრულ განაკვეთზე  Full Time  ნახევარ განაკვეთზე  Part Time |
| კვალიფიკაცია  Qualifications |  | ავიასამედიცინო ექსპერტი AME  დამხმარე სპეციალისტი/ კონსულტანტი  Supporting specialist consultant |

*საჭიროების შემთხვევაში, დაამატეთ გრაფები*

*Insert additional lines if necessary*

**დანართი 3.** მართვის სისტემის დოკუმენტაცია

**დანართი 4.** პერსონალის სწავლების ჩანაწერები

**დანართი 5.** სხვა სამედიცინო დაწესებულებებთან გაფორმებული ხელშეკრულებები

**დანართი 6.** ცვლილების მართვის პროცედურა

**დანართი 7.** დეტალური ინფორმაცია კონტრაქტორი სამედიცინო დაწესებულებების შესახებ, რომლებიც უზრუნველყოფენ გამოკვლევებისა და სამედიცინო შემოწმებების ჩატარებას

**დანართი 8.** შესაბამისობის მონიტორინგის სისტემის სახელმძღვანელოს სპეციალური კითხვარი, შევსებული სააგენტოს დირექტორის ბრძანებით დამტკიცებული ფორმის შესაბამისად

**დანართი 9.** განმცხადებლის ამონაწერი სამეწარმეო რეესტრიდან

**დანართი 10.** სამედიცინო საქმიანობის სფეროში შესაბამისი უფლების დამადასტურებელი დოკუმენტი (ლიცენზია ან/და ნებართვა) (დედანი და ასლი)

**დანართი 11.** მომსახურების საფასურის გადახდის დამადასტურებელი დოკუმენტი

**დანართი 12.** განმცხადებლის პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი (დედანი და ასლი)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **დოკუმენტის დასახელება**  **Required Documents** | **თან ერთვის**  **(მონიშნეთ)** | **სააგენტოს გრაფა** |
| შევსებული და ხელმოწერილი განცხადების ფორმა  Completed and signed Application Form |  |  |
| პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი (დედანი და ასლი)  Copy of Photo Id *(Passport/Driving License)* |  |  |
| სამედიცინო და ტექნიკური აღჭურვილობის ჩამონათვალი, დამხმარე კლინიკური ბაზების ჩათვლით |  |  |
| სერტიფიცირებული ავიასამედიცინო ექსპერტების, სამედიცინო პერსონალისა და დამხმარე სპეციალისტ -კონსულტანტების ჩამონათვალი |  |  |
| მართვის სისტემის დოკუმენტაცია |  |  |
| პერსონალის სწავლების ჩანაწერები |  |  |
| სხვა სამედიცინო დაწესებულებებთან გაფორმებული ხელშეკრულებები |  |  |
| ცვლილების მართვის პროცედურა |  |  |
| დეტალური ინფორმაცია კონტრაქტორი სამედიცინო დაწესებულებების შესახებ, რომლებიც უზრუნველყოფენ გამოკვლევებისა და სამედიცინო შემოწმებების ჩატარებას |  |  |
| შესაბამისობის მონიტორინგის სისტემის სახელმძღვანელოს სპეციალური კითხვარი, შევსებული სააგენტოს დირექტორის ბრძანებით დამტკიცებული ფორმის შესაბამისად |  |  |
| განმცხადებლის ამონაწერი სამეწარმეო რეესტრიდან |  |  |
| სამედიცინო საქმიანობის სფეროში შესაბამისი უფლების დამადასტურებელი დოკუმენტი (ლიცენზია ან/და ნებართვა) (დედანი და ასლი) |  |  |
| მომსახურების საფასურის გადახდის დამადასტურებელი დოკუმენტი |  |  |