

შუახვევის მუნიციპალიტეტის მერს

ბატონ ომარ ტაკვიძეს

სახელი, გვარი -----

მისამართი -----

პირადი ნომერი -----

ტელეფონის № -----

გ ა ნ ც ხ ა დ ე ბ ა

მოგახსენებთ, რომ სისტემატურად ვღებულობ მედიკამენტებს, რომლის შეძენის საშუალება ოჯახს არ აქვს.

გთხოვთ, გამიწიოთ პროგრამით გათვალისწინებული მედიკამენტური დახმარება.

ხელმოწერა -----

თარიღი----- 2026წ

განცხადებაზე ხელმოწერით ვადასტურებ, რომ ჩემს მიერ მითითებული ინფორმაცია ზუსტია და შეესაბამება სიმართლეს!

განცხადებაზე ხელმოწერით ვადასტურებ თანხმობას, რომ შუახვევის მუნიციპალიტეტის მერიამ „პერსონალური მონაცემების დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის შესაბამისად, მოცემული განცხადების განხილვისას შესაბამისი გადაწყვეტილების მიღების მიზნით და ამ მიზნის განსახორციელებლად საჭირო მოცულობით დაამუშაოს ნებისმიერ დაწესებულებაში დაცული ჩემი პერსონალური მონაცემები. აგრეთვე ვაცხადებ, რომ განცხადებაში მითითებული ტელეფონის ნომერზე მიღებული SMS შეტყობინება განცხადებაზე მომზადებული პასუხის თაობაზე ითვლება ჩემზე კორესპონდენციის ჩაბარებად.