**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 “----“ -----------------