უნივერსალური სამედიცინო ცენტრი
ონკოლოგიის ეროვნული ცენტრი

თავმდგმურის
ს ა შ ვ ი №

გვარი _____

სახელი_____

პაციენტის გვარი, სახელი_____

საშვის გაცემის თარიღი _____

მოქმედების პერიოდი _____

უნივერსალური სამედიცინო ცენტრი
ონკოლოგიის ეროვნული ცენტრი

თავმდგმურის
ს ა შ ვ ი №

გვარი _____

სახელი_____

პაციენტის გვარი, სახელი_____

საშვის გაცემის თარიღი _____

მოქმედების პერიოდი _____

უნივერსალური სამედიცინო ცენტრი
ონკოლოგიის ეროვნული ცენტრი

თავმდგმურის
ს ა შ ვ ი №

გვარი _____

სახელი_____

პაციენტის გვარი, სახელი_____

საშვის გაცემის თარიღი _____

მოქმედების პერიოდი _____

უნივერსალური სამედიცინო ცენტრი
ონკოლოგიის ეროვნული ცენტრი

თავმდგმურის
ს ა შ ვ ი №

გვარი _____

სახელი_____

პაციენტის გვარი, სახელი_____

საშვის გაცემის თარიღი _____

მოქმედების პერიოდი _____

უნივერსალური სამედიცინო ცენტრი
ონკოლოგიის ეროვნული ცენტრი

თავმდგმურის
ს ა შ ვ ი №

გვარი _____

სახელი_____

პაციენტის გვარი, სახელი_____

საშვის გაცემის თარიღი _____

მოქმედების პერიოდი _____

უნივერსალური სამედიცინო ცენტრი
ონკოლოგიის ეროვნული ცენტრი

თავმდგმურის
ს ა შ ვ ი №

გვარი _____

სახელი_____

პაციენტის გვარი, სახელი_____

საშვის გაცემის თარიღი _____

მოქმედების პერიოდი _____

უნივერსალური სამედიცინო ცენტრი
ონკოლოგიის ეროვნული ცენტრი

თავმდგმურის
ს ა შ ვ ი №

გვარი _____

სახელი_____

პაციენტის გვარი, სახელი_____

საშვის გაცემის თარიღი _____

მოქმედების პერიოდი _____

უნივერსალური სამედიცინო ცენტრი
ონკოლოგიის ეროვნული ცენტრი

თავმდგმურის
ს ა შ ვ ი №

გვარი _____

სახელი_____

პაციენტის გვარი, სახელი_____

საშვის გაცემის თარიღი _____

მოქმედების პერიოდი _____