

ინფორმაცია პრეტენდენტის მიერ ანალოგიური მომსახურების გაწევის გამოცდილების შესახებ

№	მომსახურების დასახელება	შემსყიდველის დასახელება	CMR/SPA/NAT/MEP- ნომერი
1	2	3	4

უფლებამოსილი პირის ხელმოწერა _____

