

Հավելված  
ՀՀ կառավարության 2015 թվականի  
սեպտեմբերի 10-ի N 1019 - Ն որոշման

Ձև N 1

**Մ Ա Տ Յ Ա Ն**

**ՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԿՈՂՄԻՑ ԵՐԱՇԽԱՎՈՐՎԱԾ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԵՎ  
ՍՊԱՍԱՐԿՄԱՆ ԻՐԱՎՈՒՆՔ ՈՒՆԵՑՈՂ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՀԵՐԹԱԳՐՄԱՆ**

NN ը/կ	Ազգանունը, անունը, հայրանունը	Բնակության վայրը	Նախնական ախտորո- շումը	Ուղեգրող կազմակերպության անվանումը	Ուղեգրի սերիան և համարը	Դիմելու ամսաթիվը	Նախատեսվող ընդունման ամսաթիվը	Այլ նշումներ

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ  
ԿԱՌԱՎԱՐՈՒԹՅԱՆ ԱՇԽԱՏԱԿԱԶՄԻ  
ՂԵԿԱՎԱՐ-ՆԱԽԱՐԱՐ

Դ. ՀԱՐՈՒԹՅՈՒՆՅԱՆ