



საქართველოს შიდაპირდაპირი ტერიტორიებიდან
დაპირისპირებული, მშრომის, ჯანდაცვისდა
სოციალური დაცვის სამინისტრო
MINISTRY OF INTERNALLY DISPLACED PERSONS
FROM THE OCCUPIED TERRITORIES, LABOUR,
HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS OF GEORGIA TEL: 1505



დაავადებათა კონტროლისა და
საზოგადოებრივი ჯანდაცვის
ქრონული ცენტრი
GEORGIAN NATIONAL CENTER FROM DISEASE
CONTROL AND PUBLIC HEALTH TEL: 116001

COVID 19 ბარათი/ COVID 19 FORM




მონაცემები განახლებულია / Data Updated

პირადი ნომერი Personal Number	გვარი, სახელი Name, Surname	დაბადების თარიღი Date of Birth

COVID 19 ვაქცინაცია COVID 19 Vaccination	ვაქცინის მწარმოებელი Vaccine Manufacturer	თარიღი Date	სამედიცინო დაწესებულება Medical institution

PCR კვლევის შედეგი PCR Test Result	თარიღი Date	ლაბორატორია Laboratory

ხელმოწერილია ელექტრონულად 
Signed Digitally



EMBASSY OF THE REPUBLIC
OF KAZAKHSTAN
Ankara



K664

DKDM

04/06

30/ 290
ÇOK ACİL!
ÇOK İVEDİ!

Kazakistan Cumhuriyeti Ankara Büyükelçiliği Türkiye Cumhuriyeti Dışişleri Bakanlığı'na saygılarını sunar ve Büyükelçiliğin 27 Mayıs 2021 tarihli ve 30/276 sayılı notasına atfen, Kazakistan Cumhuriyeti Hükümeti Covid-19 virüsüne karşı yurt dışında tahsis edilen aşı sertifikalarını/pasaportlarını tanıma işlemleri başlatıldığını bildirir.

Bu bağlamda, Kazakistan'da Covid-19 virüsüne karşı tam doz aşılamanın yetkili makamlar tarafından verilen aşı sertifikalarının/pasaportlarının nüshasını ekte sunarak, Türkiye Cumhuriyeti yetkili makamlarına iletilmesi hususunda Bakanlığın nazik yardımlarını ve aracılığını rica etmekten şeref duyar.

Kazakistan Cumhuriyeti Ankara Büyükelçiliği bu vesileyle Türkiye Cumhuriyeti Dışişleri Bakanlığı'na en derin saygılarını yineler.

Ek: 4 sayfa.

Ankara, «3» Haziran 2021

İletişim:
Baurzhan ALZHANOV
+90 553 850 70 86

Türkiye Cumhuriyeti
Dışişleri Bakanlığı
Ankara



S. Ağbaş

004946

КВИ-ге қарсы вакцинация туралы анықтама нысаны
Форма справки о вакцинации против КВИ



Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігінің
Санитариялық-эпидемиологиялық бақылау комитеті
Комитет санитарно-эпидемиологического контроля
Министерства здравоохранения Республики Казахстан
Committee of Sanitary and Epidemiological Control of the
Ministry of Healthcare of the Republic of Kazakhstan

«Вакцинациядан өту туралы анықтама»
«Справка о прохождении вакцинации»
«Certificate of vaccination»

QR коды /
QR-код /
QR code

Тегі, аты, әкесінің аты/ Фамилия, имя, отчество/ Patient full name	_____
ЖСН/ИИН/ІІН/ Құжат нөмірі/номер документа/document number	_____
Вакцинация өткізу орны/ Место проведения вакцинации/ Place of vaccination	_____
Емшара түрі/ Вид процедуры/ Type of procedure	Коронавирустық инфекцияға қарсы вакцинация / Вакцинация против коронавирусной инфекции / Vaccination against coronavirus infection
Препарат атауы/ Наименование препарата/ Name of the drug	_____
Вакцинацияны алған күні/ Дата получения вакцинации/ Date of receipt of vaccination	I кезең/этап/stage – «__» __ 20__ II кезең/этап/stage – «__» __ 20__
Доза/Доза/Dose	I кезең/этап/stage - _____ II кезең/этап/stage - _____
Сериясы/Серия/Series	_____
Дәрігер/Врач/Doctor	_____

M.O/M.PI/P.L Берді/выдал/provided by: _____
Қолы/подпись/signature: _____ күні/дата/date «__» __ 20__



Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігінің
Санитариялық-эпидемиологиялық бақылау комитеті
Комитет санитарно-эпидемиологического контроля
Министерства здравоохранения Республики Казахстан
Committee of Sanitary and Epidemiological Control of the
Ministry of Healthcare of the Republic of Kazakhstan

«Вакцинациядан өту туралы анықтама»
«Справка о прохождении вакцинации»
«Certificate of vaccination»

Тегі, аты, әкесінің аты/ Фамилия, имя, отчество/ Patient full name	_____
ЖСН/ИИН/ІІН/ Құжат нөмірі/номер документа/document number	_____
Вакцинация өткізу орны/ Место проведения вакцинации/ Place of vaccination	_____
Емшара түрі/ Вид процедуры/ Type of procedure	Коронавирустық инфекцияға қарсы вакцинация / Вакцинация против коронавирусной инфекции / Vaccination against coronavirus infection
Препарат атауы/ Наименование препарата/ Name of the drug	_____
Вакцинацияны алған күні/ Дата получения вакцинации/ Date of receipt of vaccination	I кезең/этап/stage – «__» __ 20__ II кезең/этап/stage – «__» __ 20__
Доза/Доза/Dose	I кезең/этап/stage - _____ II кезең/этап/stage - _____
Сериясы/Серия/Series	_____
Дәрігер/Врач/Doctor	_____

**«eGov mobile» мобильді қосымшасының «Цифрлық құжаттар»
сервисіндегі «Вакцинация паспорты» электрондық құжатының нысаны**

**Форма электронного документа
«Паспорт вакцинации» в сервисе «Цифровые документы» мобильного
приложения «eGov mobile»**



Т.А.Ж

Вакцинация өткізу орны

Атауы

Препарат атауы

Күні

Доза

Серия

Логгер



Ф.И.О

Место проведения вакцинации

Наименование

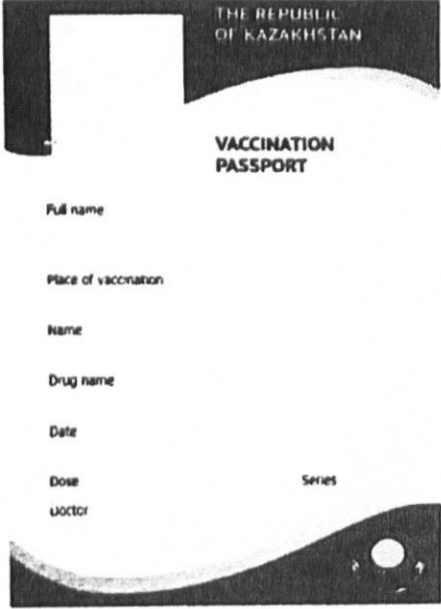
наименование препарата

Дата

Доза

Серия

Врач



THE REPUBLIC
OF KAZAKHSTAN

**VACCINATION
PASSPORT**

Full name

Place of vaccination

Name

Drug name

Date

Dose Series

Doctor