

**ՀԱՅԱՍՏԱՆՈՒՄ ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՈՉԻ, ՄԻԱՎ/ՉԻԱՀ-Ի ԵՎ ՄԱԼԱՐԻԱՅԻ ԳԵՄ
ՈՒՂՂՎԱԾ ՄԻՉՈՑԱՌՈՒՄՆԵՐԸ ՀԱՄԱԿԱՐԳՈՂ ՀԱՆՁՆԱԺՈՂՈՎԻ
ԱՇԽԱՏԱՆՔՆԵՐԻՆ ՄԱՍՆԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ՀՐԱՎԵՐ**

Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարությունը հրավիրում է Հայաստանում ՄԻԱՎ/ՉԻԱՀ-ի, տուբերկուլոզի և մալարիայի ոլորտում գործունեություն ծավալող ոչ պետական հատվածի ներկայացուցիչներին մասնակցելու Հայաստանի Հանրապետությունում ՄԻԱՎ/ՉԻԱՀ-ի, տուբերկուլոզի և մալարիայի դեմ ուղղված միջոցառումները համակարգող հանձնաժողովին (ՄՀՀ) անդամակցելու մրցույթին:

Ընտրելու նպատակով մրցույթին մասնակցելու համար կարող են մասնակցել այն ոչ պետական հատվածի ներկայացուցիչները, որոնք համապատասխանում են հետևյալ չափանիշներին

1. Ներկայացրել են համապատասխան դիմում (հավելված 2.1), որտեղ հստակ նշվում է, որ իրենք հանդիսանում են ոչ պետական որևէ հատվածի ներկայացուցիչ
2. Ունեն առնվազն 2 տարվա գրանցում ՀՀ արդարադատության նախարարության իրավաբանական անձանց պետական ռեգիստրում
3. Ունեն ՄԻԱՎ/ՉԻԱՀ-ի, ՏԲ-ի, մալարիայի ոլորտում առողջապահական, կրթական, սոցիալական կամ մարդու իրավունքների պաշտպանությանն ուղղված ծրագրերի փաստացի արձանագրած փորձ (ներկայացնել վերջին 3 տարիների ընթացքում իրականացված ծրագրերը):

Ընտրվելու նպատակով մրցույթին կարող են մասնակցել այն ոչ պետական հատվածի ներկայացուցիչները, որոնք համապատասխանում են հետևյալ չափանիշներին.

1. Ներկայացրել են համապատասխան դիմում (հավելված 2.1), որտեղ հստակ նշվում է որ իրենք հանդիսանում են ոչ պետական որևէ հատվածի ներկայացուցիչ
2. Ունեն առնվազն 2 տարվա գրանցում ՀՀ արդարադատության նախարարության իրավաբանական անձանց պետական ռեգիստրում:
3. Վերջին 5 տարիների ընթացքում ունեն առնվազն մեկ տարվա դրամաշնորհային ծրագրերի իրականացման փաստացի արձանագրված փորձ՝ ՄԻԱՎ/ՉԻԱՀ-ի, ՏԲ-ի, խոցելի խմբերի (SUS, ԿՍԿ, ԹՆՕ, ՏԱ, միգրանտ) և այդ խմբերի իրավունքների պատշպանության ու հանրային առողջության այլոլորտներում:

Դիմումներն անհրաժեշտ է մինչ սույն թվականի 2024 օգոստոսի 25-ի, ժամը 18:00-ը ներկայացնել Հաշվիչ հանձնաժողովին ngoelection@gmail.com էլեկտրոնային հասցեով՝ ներառելով հետևյալ տեղեկատվությունը.

1. Կազմակերպության անվանումը, հասցեն, հեռախոսահամարը, էլ.փոստը, կոնտակտային անձի անունը, ազգանունը, պաշտոնը՝ համաձայն Հավելված 2.1
2. Կազմակերպության գործունեության ոլորտները, աշխատանքային փորձի տևողությունը, համապատասխան ոլորտներում իրականացված ծրագրերի ցանկ՝ համաձայն Հավելված 2.1
3. Ինչու՞ են ցանկանում մասնակցել ՄՀՀ ընտրություններին՝ համաձայն Հավելված 2.1

4. ՀՀ արդարադատության նախարարության իրավաբանական անձանց պետական ռեգիստրում գրանցումը հասատատող փաստաթղթերի պատճեններ
5. **Ընտրելու նպատակով** մրցույթին մասնակցելու դեպքում՝ ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի, ՏԲ-ի, մալարիայի ոլորտում առողջապահական, կրթական, սոցիալական կամ մարդու իրավունքների պաշտպանությանն ուղղված ծրագրերի փաստող փաստաթղթեր
6. **Ընտրվելու նպատակով** մրցույթին մասնակցելու դեպքում՝ առնվազն մեկ իրականացված ծրագրի պայմանագրի այն էջերի պատճենները, որոնք ներկայացնում են ծրագրի անվանումը, նպատակը և դոնորի ստորագրությունը, իսկ ծրագրի վերաբերյալ ֆինանսական տեղեկատվության տրամադրումը կհամարվի առավելություն:

ԸՆՏՐԵԼՈՒ ԵՎ ԸՆՏՐՎԵԼՈՒ ԻՐԱՎՈՒՆՔ ՍՏԱՆԱԼՈՒ ԴԻՄՈՒՄ (ՈՉ ԱՌԵՎՏՐԱՅԻՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ)

Կազմակերպության անվանումը _____

Գրանցման ամիս, ամսաթիվ, տարեթիվ _____

Կոնտակտային տվյալներ՝ հասցե, հեռախոս, էլ. փոստ _____

Կոնտակտային անձ _____

Նշել աշխատանքային ոլորտները _____

Նշել իրականացված կամ իրականացվող ծրագրերն ու հիմնական միջոցառումները (կարող եք ներկայացնել առանձին փաստաթղթով)

Ինչու՞ եք ցանկանում մասնակցել ՄՀՀ ընտրություններին (կարող եք ներկայացնել առանձին փաստաթղթով)

Մույնով հաստատում եմ, որ _____

Կազմակերպությունը դիմում է (նշել համապատասխան տարբերակը)

- 1. Ընտրելու իրավունք ստանալու համար -----
- 2. Ընտրվելու իրավունք ստանալու համար -----
- 3. Ընտրելու և ընտրվելու իրավունք ստանալու համար -----

Կից նշել ներկայացվող փաստաթղթերը՝

- 1. Պետական գրանցման վկայական

2. Կանոնադրություն
3. ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի, ՏԲ-ի, մալարիայի ոլորտում առողջապահական, կրթական, սոցիալական կամ մարդու իրավունքների պաշտպանությանն ուղղված ծրագրերը փաստող փաստաթղթեր
4. Դրամաշնորհային ծրագրի պայմանագիր կամ պայմանագրի էջեր
5. Այլ_____ (նշել)

Ընտրվելու նպատակով մրցույթին մասնակցող կազմակերպությունների համար.

Սույնով սալիս եմ իմ համաձայնությունը, որ կազմակերպության ներկայացուցիչը կամ փոխարինողը՝

- կարող է մասնակցել ՄՀՀ նիստերին
- դրսևորում է միջանձնային հաղորդակցության բավարար հմտություններ
- ունի փաստաթղթերի հետ աշխատելու համապատասխան փորձ և տիրապետում է համակարգչին:

Սույնով հաստատում եմ ներկայացված փաստաթղթերի իսկությունը:

Ամսաթիվ

Նախագահ կամ Տնօրեն

Ստորագրություն Կ.Տ

ԸՆՏՐԵԼՈՒ ԵՎ ԸՆՏՐՎԵԼՈՒ ԻՐԱՎՈՒՆՔ ՍՏԱՆԱԿԼՈՒ ԴԻՄՈՒՄ (ՄՀՀ-ՈՒՄ ՄԻԱՎ-ՈՎ ԱՊՐՈՂ ԱՆՁԱՆՑ ՀԱՆՐՈՒՅԹՆԵՐԻ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑԻՉ)

Անուն ազգանուն _____

Էլ հասցե * (օգտագործվելու է հետադարձ կապի համար) _____

Հեռախոսահամար _____

Նշեք, թե որքանով եք ընդգրկված ՄԻԱՎ-ի և/կամ տուբերկուլոզի հակազդման միջոցառումներում: Ինչպիսի՞ միջոցառումներում եք այժմ ընդգրկված կամ եղել ընդգրկված (միայն ընտրվողի թեկնածություն ներկայացնողների համար):

Նշեք, թե ինչու եք ցանկանում մասնակցել ընտրություններին (միայն ընտրվողի թեկնածություն ներկայացնողների համար):

Մույնով հաստատում եմ, որ դիմում եմ. (նշել համապատասխան տարբերակը)

- Ընտրելու իրավունք ստանալու համար _____
- Ընտրելու և ընտրվելու իրավունք ստանալու համար _____

Մույնով հաստատում եմ, որ գիտակցում եմ, որ ՄՀՀ-ում ՄԻԱՎ-ող ապրող անձանց հանրույթի ներկայացուցչի ընտրություններին իրավունք ունի մասնակցել միայն ՄԻԱՎ-ով ապրողը

Ամսաթիվ

Ստորագրություն

ԱՐՁԱՆԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ

Հաշվիչ հանձնաժողովի նիստի

ք. Երևան

« _____ 20 թ.

Հաշվիչ հանձնաժողովն ընտրվել է հետևյալ կազմով՝

1. _____
2. _____
3. _____

Քվեարկվել են թվով _____ ՀԿ-ներ / ընտրողներ:

Քվեարկությանը մասնակցել են թվով _____ ՀԿ-ներ / ընտրողներ:

Քվեարկության արդյունքներն են՝

ԹԵԿՆԱԾՈՒԻ ԱՆՈՒՆԸ՝ ԿՈՂՄ ձայների քանակը

ԹԵԿՆԱԾՈՒԻ ԱՆՈՒՆԸ՝ ԿՈՂՄ ձայների քանակը

Անվավեր քվեաթերթիկների քանակը _____ :

Փակ (գաղտնի) քվեարկության արդյունքներով

- _____
- _____
- _____
- _____

Ընտրվել են ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅՈՒՆՈՒՄ ՄԻԱՎ/ԶԻԱՀ-Ի ԵՎ ՏՈՒԲԵՐԿՈՒՄԵՆԻ ՂԵՄ ՈՒՂՂՎԱԾ ՄԻՋՈՑԱՌՈՒՄՆԵՐԸ ՀԱՄԱԿԱՐԳՈՂ ՀԱՆՁՆԱԺՈՂՈՎԻ ԱՆԴԱՄ

Հաշվիչ հանձնաժողովի նախագահ՝ ԱՆՈՒՆ ԱԶԳԱՆՈՒՆ

Հաշվիչ հանձնաժողովի անդամներ՝ ԱՆՈՒՆ ԱԶԳԱՆՈՒՆ

ԱՆՈՒՆ ԱԶԳԱՆՈՒՆ