“Dövlət Mülki Aviasiya Agentliyi” publik hüquqi şəxsin 01.10.2026 tarixli, 3-27-102/3-2-63/2026 nömrəli əmri ilə təsdiq edilmişdir.

AVİASİYA TİBB MƏRKƏZİNİN (ATM) SERTİFİKATININ VERİLMƏSİ, DƏYİŞİKLİK EDİLMƏSİ VƏ YA MÜDDƏTİNİN UZADILMASI ÜZRƏ ƏRİZƏ FORMASI

1. ATM (və ya təsdiq ediləcək) MƏLUMATLARI

1.1 Tibb müəssisəsinin adı:	**1.2 Lisenziya nömrəsi:**	**1.3 Verilmə tarixi:**
1.4 Faktiki ünvanı:		**1.5 Etibarlılıq müddəti:**
1.6 Hüquqi adı: (müəsisənin adı ilə eynidir ☐)	**1.7 Hüquqi ünvanı:** (faktiki ünvan ilə eynidir ☐)	

2. ATM QANUNİ NÜMAYƏNDƏSİNİN MƏLUMATLARI

2.1 Adı:	**2.2 Soyadı:**	**2.3 Ata adı** (tətbiq olunarsa)**:**
2.4 FİN:	**2.5 Elektron poçt:**	**2.6 Mobil nömrə:**
2.7 Yaşadığı ünvan:		

3. ATM RƏHBƏRİNİN (AVİASİYA TİBB EKSPERTİ (ATE)) MƏLUMATLARI

3.1 Adı:	**3.2 Soyadı:**	**3.3 Ata adı** (tətbiq olunarsa)**:**	**3.4 FİN:**
3.5 ATE sertifikatının nömrəsi:	**3.6 Sinif 1 səlahiyyətinin verilmə tarixi:**	**3.7 Elektron poçt:**	**3.8 Mobil nömrə:**
3.7 Yaşadığı ünvan:			

4. MÜRACİƏTİN MƏQSƏDİ

Bəyan edirəm ki, bu formanı doldurarkən verdiyim məlumatlar doğru və tamdır. Yanlış, qeyri-dəqiq, habelə saxta məlumat və sənədlərin təqdim edilməsinin müraciətə baxılmasından imtinaya və ya müraciətə baxılmanın nəticəsi barədə qərarın ləğv edilməsinə səbəb olacağına dair xəbərdar edilmişəm və

- ☐ **ATM sertifikatının verilməsi**
- ☐ **ATM sertifikatının müddətinin üzadılması**
- ☐ **ATM səlahiyyətlərində dəyişiklik**

üçün müracət edirəm.

Qanununi nümayəndənin imzası: .....

Tarix: ..... **Möhür**:

5. ATM OLDUĞU TƏQDİRDƏ AVİASİYA-TİBBİ QİYMƏTLƏNDİRMƏLƏRİN SAYI (son 3 il):

Aviasiya-tibbi qiymətləndirilmələrin sayı (son 3 il):	.....	.....	.....
Sinif 1			
Sinif 2			
Sinif 3			
Kabinə heyəti			
Digərləri (müəyyən edin)			

AVİASİYA TİBB MƏRKƏZİNİN (ATM) SERTİFİKATININ VERİLMƏSİ, DƏYİŞİKLİK EDİLMƏSİ VƏ YA MÜDDƏTİNİN UZADILMASI ÜZRƏ ƏRİZƏ FORMASI

Tibb müəssisəsinin adı:	**Lisenziya nömrəsi:**

6. TİBB İŞÇİLƏRİ

№	İxtisas	Adı Soyadı Ata adı	Doğum tarixi	Sertifikasiya şəhadətnaməsinin etibarlılıq müddəti	ATE və ya mütəxəssis-konsultant (M)
6.1	həkim-terapevt				☐ ATE/M ☐
6.2	həkim-oftalmoloq				☐ ATE/M ☐
6.3	həkim-otorinolarinqoloq				☐ ATE/M ☐
6.4	həkim-nevropatoloq				☐ ATE/M ☐
6.5	həkim-psixiatr				☐ ATE/M ☐
6.6	həkim-travmatoloq				☐ ATE/M ☐
6.7	həkim-kardioloq				☐ ATE/M ☐
6.8	klinik psixoloq				☐ ATE/M ☐

7. TİBBİ və TEXNİKİ AVADANLIQLAR

№	İxtisaslar	Müayinələr və / və ya fəaliyyətlər	Mövcud avadanlıq
7.1	Bütün ixtisaslar	ümumi tibb fəaliyyəti	
7.2	Kardiologiya	12-aparmada sakitlik EKQ;	
		fiziki yükləmə ilə EKQ	
		24 saat ərzində qan təzyiqinin monitorinqi	
		24 saat ərzində ürək ritminin monitorinqi	
		EXO-KQ	
7.3	Oftalmologiya	yaxın, orta və uzaq məsafəyə görmə itiliyi;	
		gözün ön hissəsi, anatomiya, orta hissəsi və fundoskopiya	
		göz almasının hərəkətliliyi	
		binokulyar görmə	
		rəngli görmə (anomaloskopiya və ya bənzəri)	
		görmə sahələri	
		refraksiya	
		heteroforiya	
7.4	Otorinolarinqologiiya	ağız boşluğunun və boğazın kliniki müayinəsi	
		otoskopiya	
		rinoskopiya	
		timpanometriya və ya bənzəri	
		vestibulyar sistemin klinik qiymətləndirilməsi	
		saf səs audiometrriyası	

Tibb müəssisəsinin adı:	**Lisenziya nömrəsi:**

7.5	Tənəffüs sistemi	spirometriya	
7.6	Nevrologiya	EEQ	
7.7	Şüa diaqnostikası	rentgenoqrafiya, USM	
7.8	Laboratoriya	klinik, klinik-biokimyəvi	

8. ƏRİZƏYƏ ƏLAVƏ EDİLMƏLİ SƏNƏDLƏR

Müraciət zamanı ərizəyə aşağıdakı sənədlər əlavə edilməlidir:

- ☐ 8.1 Ərizəçinin şəxsiyyət vəsiqəsinin surəti
- ☐ 8.2 Tibb müəsisəsinin lisenziyasının surəti və ya dövlət tibb müəssisələri müraciət etdikdə tabe olduğu və strukturunda olduğu dövlət orqanın razılığını bildirən sənəd
- ☐ 8.3 ATM rəhbərinin şəxsiyyət vəsiqəsinin surəti
- ☐ 8.4 ATM rəhbərinin ATE sertifikatının surəti
- ☐ 8.5 ATM sertifikatının (olduqda) surəti
- ☐ 8.6 Tibb personalının təlim proqramı və qeydləri
- ☐ 8.7 Təyin edilmiş xəstəxanalar, yaxud tibb müəssisələri ilə əməkdaşlıq əlaqələrinə dair sənədlər
- ☐ 8.8 İdarəetmə sisteminə dair sənədlər
- ☐ 8.9 Uyğunluğun monitorinqi sisteminə dair sənədlər
- ☐ 8.10 Aviasiya tibb mərkəzinin təlimatı
- ☐ 8.11 “Dövlət rüsumu haqqında” Azərbaycan Respublikasının Qanunu ilə müəyyən edilmiş məbləğdə dövlət rüsumunun və “Aviasiya haqqında” Azərbaycan Respublikasının Qanununun 9.2-ci maddəsinə uyğun olaraq müəyyən edilmiş məbləğdə xidmət haqqının ödənilməsini təsdiq edən sənədlər.

Qeydlər:

1) Ərizə forması üzərində düzəlişlərin aparılmasına yol verilmir. Qaralama və ya dəyişiklik izləri müəyyən edildikdə müraciət icraata qəbul olunmadan geri qaytarılacaqdır;
2) Müraciətin icraatı ilə bağlı prosedur DMAA-nın 2025-ci il 31 oktyabr tarixli 3-27-102/3-02-22/2025 nömrəli əmri ilə təsdiq edilmiş “Aviasiya personalına şəhadətnamə, ixtisas qeydi, vəsiqə, sertifikat və ya digər əlaqəli sənədlərin verilməsi və digər dövlətdə verilmiş analoji sənədlərin tanınması ilə bağlı müraciətlərə baxılmasına dair Təlimat”a uyğun olaraq aparılır.

10. UYĞUNLUĞUN YOXLANILMASI (DMAA-nın istifadəsi üçün)

☐ Tibbi müəsisə müəyyən edilmiş tələblərə cavab verdiyi üçün aviasiya tibb mərkəzi (ATM) qismidə sertifikatlaşdırıla bilər.

Sinif 1: ☐ **Bəli / Xeyr** ☐ **Sinif 3:** ☐ **Bəli / Xeyr** ☐

Sinif 2: ☐ **Bəli / Xeyr** ☐ **Kabinə heyəti:** ☐ **Bəli / Xeyr** ☐

☐ ATM müəyyən edilmiş tələblərə cavab verdiyi üçün səlahiyyətlərində dəyişiklik edilə bilər.

Sinif 1: ☐ **Bəli / Xeyr** ☐ **Sinif 3:** ☐ **Bəli / Xeyr** ☐

Sinif 2: ☐ **Bəli / Xeyr** ☐ **Kabinə heyəti:** ☐ **Bəli / Xeyr** ☐

☐ ATM müəyyən edilmiş tələblərə cavab verdiyi üçün aviasiya tibb mərkəzi sertifikatının müddəti uzadıla bilər.

☐ ATM sertifikatı verilə bilməz.

Tibbi sertifikatlar	**İlkin verilmə**	**Müddətin uzadılması**
Sinif 1	☐ **B / X** ☐	☐ **B / X** ☐
Sinif 2	☐ **B / X** ☐	☐ **B / X** ☐
Sinif 3	☐ **B / X** ☐	☐ **B / X** ☐
Kabinə heyəti	☐ **B / X** ☐	☐ **B / X** ☐

***B** – bəli, **X** – xeyr*

Yeni etibarlılıq müddətinin bitmə tarixi:

.....

Qeydlər:

Agentliyin tibb eksperti: ..... **imza**: ..... **tarix**: .....