

Ховд аймаг дахь Бүсийн оношилгоо, эмчилгээний төвийн Төлөөлөн удирдах зөвлөлийн бүрэлдэхүүнд ажиллах олон нийтийн төлөөллийн сонгон шалгаруулалтын зар

Ховд аймаг дахь Бүсийн оношилгоо, эмчилгээний төвийн Төлөөлөн удирдах зөвлөлийн бүрэлдэхүүнд ажиллах олон нийтийн төлөөллийн сонгон шалгаруулалтад оролцохыг урьж байна.

Ховд аймаг дахь Бүсийн оношилгоо, эмчилгээний төвийн Төлөөлөн удирдах зөвлөлийн бүрэлдэхүүнд ажиллах олон нийтийн төлөөллийн сонгон шалгаруулалтад оролцохыг урьж байна. Төлөөлөн удирдах зөвлөлийн олон нийтийн төлөөлөлд нэр дэвшүүлэх төрийн бус байгууллага нь Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний тухай хуулийн 15 дугаар зүйлийн 15.26 дахь хэсэгт заасан шаардлагыг хангасан байна. 1) Даатгуулагчийн олонхийн эрх, хууль ёсны ашиг сонирхлыг хамгаалсан байгууллага, 2) Эрүүл мэндийн чиглэлээр үйл ажиллагаа явуулдаг төрийн бус байгууллага, 3) Эрүүл мэндийн мэргэжлийн нийгэмлэг, холбоо, мэргэжлийн салбар зөвлөл тус тус өөрсдийн эрх барих байгууллагын баталгаажуулсан нэг хүнийг сонгон шалгаруулалтад нэр дэвшүүлнэ.

Нэр дэвшүүлэх Төрийн бус байгууллага нь бусад төрийн болон орон нутгийн өмчит төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг, нэгдсэн эмнэлгийн Төлөөлөн удирдах зөвлөлд төлөөлөл нь томилогдоогүй байхыг анхаарна уу.

Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний тухай хуульд заасан шаардлагыг хангасан Төрийн бус байгууллагаас нэр дэвшигч нь дараах баримт бичгийг бүрдүүлж ирүүлнэ. Үүнд:

1. Төрийн бус байгууллагаас тухайн иргэнийг Ховд аймаг дахь Бүсийн оношилгоо, эмчилгээний төвийн Төлөөлөн удирдах зөвлөлийн бүрэлдэхүүнд ажиллах олон нийтийн төлөөллийн сонгон шалгаруулалтад оролцуулахаар нэр дэвшүүлж байгаа тухай тодорхойлолт (тодорхойлолтод Төрийн бус байгууллагын үйл ажиллагааны зорилго, чиглэл, тухайн эмнэлэгтэй ашиг сонирхлын зөрчилгүй талаар тусгах, улсын бүртгэлийн гэрчилгээний хуулбарыг хавсаргах);
2. Нэр дэвшиж буй иргэний төрийн албан хаагчийн маягт;
3. Нэр дэвшиж буй иргэний боловсролын диплом, гэрчилгээний цахим лавлагаа эсхүл цаасан хуулбар, мэргэшлийн зэргийн үнэмлэх эсхүл мэргэшүүлэх сургалтад хамрагдсан диплом, гэрчилгээ, үнэмлэхний хуулбар, нийгмийн даатгалын цахим лавлагаа;

4. Нэр дэвшүүлж буй байгууллагаас сүүлийн 6 сард нийгмийн даатгалын шимтгэл төлсөн талаарх нийгмийн даатгалын байгууллагын эсхүл холбогдох татвар төлсөн талаарх татварын байгууллагын эсхүл үйл ажиллагааны тайланг өгсөн талаарх улсын бүртгэлийн асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны байгууллагын лавлагаа (аль нэг лавлагааг бүрдүүлнэ), 2023 оны үйл ажиллагааны товч тайлан;
5. Нэр дэвшүүлж буй Төрийн бус байгууллага нь санхүүгийн зөрчилгүй болохыг нотолсон аудитын байгууллагын тодорхойлолт;
6. Нэр дэвшиж буй иргэн нь улс төрийн намын удирдах, орон тооны болон сонгуульт ажил эрхэлдэггүйг баталгаажуулж бичсэн баталгаа (нэр дэвшигчийн өөрөө бичиж баталгаажуулсан өргөдөл байна);
7. Нэр дэвшиж буй иргэн нь хуулийн этгээдийн үүсгэн байгуулагч, хөрөнгө оруулагч эсэх талаарх лавлагаа;
8. Нийтийн албанд томилогдохоор нэр дэвшсэн этгээдийн хувийн ашиг сонирхлын урьдчилсан мэдүүлэг.

Сонгон шалгаруулалтад оролцогч нь баримт бичгээ 2024 оны 07 дугаар сарын 02, 03-ны өдрүүдэд ажлын цаг (17 цаг 30 минутаас өмнө)-т багтаан Сонгон шалгаруулах хороо (Эрүүл мэндийн яам эсхүл Ховд аймгийн Эрүүл мэндийн газар)-нд битүүмжлэн ирүүлнэ.

Урьдчилсан сонгон шалгаруулалтын товыг сонгон шалгаруулалтад оролцох шаардлага хангасан иргэнд мэдэгдэнэ.

Тодруулга мэдээллийг Эрүүл мэндийн яамны (51)263783 дугаарын утсаар холбогдож авна уу.

Эрүүл мэндийн яамны дэргэдэх Сонгон шалгаруулах хороо