

**Об утверждении Правил оказания государственной услуги "Выдача лицензии на медицинскую деятельность"**

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 1 июня 2020 года № ҚР ДСМ-59/2020. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 2 июня 2020 года № 20809.

      В соответствии с подпунктом 1) статьи 10 Закона Республики Казахстан "О государственных услугах", ПРИКАЗЫВАЮ:

      1. Утвердить прилагаемые Правила оказания государственной услуги "Выдача лицензии на медицинскую деятельность".

      2. Комитету контроля качества и безопасности товаров и услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан в установленном законодательством Республики Казахстан порядке обеспечить:

      1) государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан;

      2) размещение настоящего приказа на официальном интернет ресурсе Министерства здравоохранения Республики Казахстан;

      3) в течение десяти рабочих дней после государственной регистрации в Министерстве юстиции Республики Казахстан предоставление в Юридический департамент Министерства здравоохранения Республики Казахстан сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1) и 2) настоящего пункта.

      3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на курирующего вице-министра здравоохранения Республики Казахстан.

      4. Настоящий приказ вводится в действие по истечении двадцати одного календарного дня после дня его первого официального опубликования.

|  |  |
| --- | --- |
| *Министр здравоохранения* *Республики Казахстан* | *Е. Биртанов* |

      СОГЛАСОВАН  
Министерство цифрового развития,  
инноваций и аэрокосмической промышленности  
Республики Казахстан

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение к приказу Министр здравоохранения Республики Казахстан от 1 июня 2020 года № ҚР ДСМ-59/2020 |

**Правила оказания государственной услуги "Выдача лицензии на медицинскую деятельность"**

**Глава 1. Общие положения**

      1. Настоящие Правила разработаны в соответствии подпунктом 1) статьи 10 Закона Республики Казахстан от 15 апреля 2013 года "О государственных услугах" (далее-Закон) и определяют порядок оказания государственной услуги "Выдача лицензии на медицинскую деятельность" (далее – Правила).

      2. Государственная услуга "Выдача лицензии на медицинскую деятельность" (далее – государственная услуга) оказывается местными исполнительными органами областей, городов республиканского значения и столицы (далее – услугодатель) физическим и юридическим лицам (далее – услугополучатели) для осуществления медицинской деятельности на территории Республики Казахстан.

      3. Прием заявления и выдача результата оказанной государственной услуги осуществляются через:

      1) Некоммерческое акционерное общество "Государственная корпорация "Правительство для граждан" (далее – Государственная корпорация);

      2) веб-портал "электронного правительства" www.egov.kz, www.elicense.kz (далее – портал).

      Государственная услуга оказывается по месту регистрации услугополучателя в порядке "электронной" очереди, без ускоренного обслуживания.

      4. Перечень основных требований к оказанию государственной услуги, включающий характеристики процесса, форму, содержание и результат оказания, а также иные сведения с учетом особенностей предоставления государственной услуги изложены согласно приложению 1 к настоящим Правилам.

      5. Результат оказания государственной услуги либо мотивированный ответ об отказе в оказании государственной услуги, при обращении услугополучателя за получением лицензии и (или) приложения к лицензии:

      на бумажном носителе - оформляется в электронной форме, распечатываются и заверяются печатью услугодателя и подписью руководителя услугодателя и передается в Государственную корпорацию;

      через портал - оформляется в электронной форме, удостоверяется электронной цифровой подписью (далее – ЭЦП) уполномоченного лица услугодателя, направляется на портал и хранится в "личном кабинете" услугополучателя.

      6. Оплата лицензионного сбора, в размере, установленном статьей 554 Кодекса Республики Казахстан от 25 декабря 2017 года "О налогах и других обязательных платежах в бюджет (Налоговый кодекс)", осуществляется в наличной и безналичной форме через банки второго уровня и организации, осуществляющие отдельные виды банковских операций, а также через платежный шлюз портала "электронного правительства" (далее – ПШЭП).

**Глава 2. Порядок оказания государственной услуги "Выдача лицензии на медицинскую деятельность"**

      7. Услугополучатель и (или) работник Государственной корпорации из соответствующих государственных информационных систем через шлюз "электронного правительства" получает сведения:

      1) о документах, удостоверяющих личность;

      2) о государственной регистрации (перерегистрации) услугополучателя в качестве юридического лица либо индивидуального предпринимателя;

      3) о наличии лицензии на медицинскую деятельность;

      4) удостоверяющие право собственности, аренды или доверительного управления государственным имуществом на помещение или здание, заключенных сроком более одного года;

      5) об оплате суммы лицензионного сбора (в случае оплаты через ПШЭП);

      6) о регистрации объекта недвижимости.

      В случае предоставления услугополучателем неполного пакета документов согласно перечню, предусмотренному пунктом 8 приложения 1 к настоящим Правилам, работник Государственной корпорации отказывает в приеме заявления и выдает расписку об отказе в приеме документов по форме, согласно приложению 2 к настоящим Правилам.

      В случае предоставления услугополучателем неполного пакета документов через портал, услугодатель в течение двух рабочих дней готовит мотивированный ответ об отказе в дальнейшем рассмотрении заявления.

      При сдаче документов:

      в Государственную корпорацию - услугополучателю выдается расписка о приеме соответствующих документов;

      через "портал" - в личном кабинете услугополучателя отображается статус о принятии запроса для оказания государственной услуги.

      При обращении услугополучателя на портал документы подаются в электронных копиях.

      8. Сроки оказания государственной услуги:

      с момента сдачи пакета документов в Государственную корпорацию, а также при обращении на портал:

      при выдаче лицензии и (или) приложения к лицензии – 13 (тринадцать) рабочих дней;

      при переоформлении лицензии и (или) приложения к лицензии – 3 (три) рабочих дня;

      при выдаче дубликата лицензии и (или) приложения к лицензии в случае утери или порчи, выданных в бумажной форме – 2 (два) рабочих дня.

      При обращении в Государственную корпорацию, день приема документов не входит в срок оказания государственной услуги, при этом результат оказания государственной услуги услугодателем предоставляется в Государственную корпорацию за день до окончания срока оказания государственной услуги.

      9. В соответствии с подпунктом 11) пункта 2 статьи 5 Закона внесение данных в информационную систему мониторинга оказания государственных услуг устанавливаются Правилами внесения данных в информационную систему мониторинга оказания государственных услуг о стадии оказания государственной услуги, утвержденными приказом исполняющего обязанности Министра транспорта и коммуникаций Республики Казахстан от 14 июня 2013 года № 452 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 8555).

      10. Обжалование решений, действий (бездействий) услугодателя по вопросам оказания государственных услуг осуществляется путем подачи жалобы на имя руководителя услугодателя, уполномоченных органов в области здравоохранения или по вопросам оказания государственных услуг.

      Сроки рассмотрения жалоб со дня регистрации:

      1) услугодателем - в течение 5 (пяти) рабочих дней.

      2) уполномоченными органами в области здравоохранения или по вопросам оказания государственных услуг – в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней.

      В случае несогласия с результатами оказания государственной услуги услугополучатель обращается в суд в установленном законодательством Республики Казахстан порядке.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 1 к Правилам оказания государственной услуги "Выдача лицензии на медицинскую деятельность" |

**Стандарт государственной услуги "Выдача лицензии на медицинскую деятельность"**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Наименование услугодателя | Местные исполнительные органы областей, городов республиканского значения и столицы | |
| 2 | Способы предоставления государственной услуги | 1) некоммерческое акционерное общество "Государственная корпорация "Правительство для граждан" (Государственная корпорация);  2) веб-портал "электронного правительства" www.egov.kz, www. elicense.kz (далее-портал) | |
| 3 | Срок оказания государственной услуги | 13 (тринадцать) рабочих дней | |
| 4 | Форма оказания | Электронная (частично автоматизированная) и (или) бумажная | |
| 5 | Результат оказания государственной услуги | лицензия и (или) приложение к лицензии, переоформление лицензии и (или) приложения к лицензии, дубликат лицензии и (или) приложения к лицензии на медицинскую деятельность, либо мотивированный ответ об отказе в оказании государственной услуги | |
| 6 | Размер оплаты | Государственная услуга оказывается платно, взимается следующий лицензионный сбор: 1) за выдачу лицензии – 10 месячных расчетных показателей (далее – МРП); 2) за переоформление лицензии – 10 % от ставки при выдаче лицензии, но не более 4 МРП; 3) за выдачу дубликата лицензии – 100 % от ставки при выдаче лицензии. | |
| 7 | График работы | 1) услугодатель – с понедельника по пятницу с 9.00 до 18.30 часов с перерывом на обед с 13.00 до 14.30 часов, кроме выходных и праздничных дней; 2) Государственная корпорация – с понедельника по субботу, в соответствии с установленным графиком работы с 9-00 часов до 20-00 часов, без перерыва на обед, за исключением воскресенья и праздничных дней; 3) портал – круглосуточно, за исключением технических перерывов, связанных с проведением ремонтных работ (при обращении услугополучателя после окончания рабочего времени, в выходные и праздничные дни прием заявлений и выдача результатов оказания государственной услуги осуществляется следующим рабочим днем). | |
| 8 | Перечень документов | 1) для получения лицензии и приложения к лицензии: заявление (для физических лиц согласно приложению 3, для юридических лиц согласно приложению 4 к настоящим Правилам); документ, удостоверяющий личность - для физического лица (требуется для идентификации личности); документ, подтверждающий уплату в бюджет лицензионного сбора за право занятия отдельными видами деятельности за исключением оплаты через платежный шлюз "электронного правительства" (далее-ПШЭП); форма сведений, подтверждающая наличие сведений и документов в соответствии с квалификационными требованиями, предъявляемые при лицензировании медицинской деятельности, согласно приложению 5 к настоящим Правилам; документ, удостоверяющий право собственности, аренды или доверительного управления государственным имуществом на помещение или здание, заключенные на срок менее одного года (нотариально засвидетельствованные в случае непредставления оригинала для сверки); диплом о высшем или среднем медицинском образовании (нотариально засвидетельствованные в случае непредставления оригинала); удостоверения о прохождении переподготовки или свидетельства о прохождении повышения квалификации (нотариально засвидетельствованные в случае непредставления оригинала); копия сертификата специалиста по заявляемой специальности; документ, подтверждающий трудовую деятельность работника, согласно заявляемым подвидам деятельности в соответствии со статьей 35 Трудового кодекса Республики Казахстан (нотариально засвидетельствованного в случае непредставления оригинала); 2) при переоформлении лицензии и (или) приложения к лицензии:  заявление (для физических лиц согласно приложению 6, для юридических лиц согласно приложению 7 к настоящим Правилам);  документ, подтверждающий уплату лицензионного сбора, за право занятия отдельными видами деятельности, за исключением оплаты через ПШЭП, для случаев переоформления лицензии;  копии документов, содержащих информацию об изменениях, послуживших основанием для переоформления лицензии и (или) приложения к лицензии, за исключением документов, информация из которых содержится в государственных информационных системах; Услугополучатель при получении переоформленной лицензии возвращает услугодателю ранее выданную на бумажном носителе лицензию и (или) приложение к лицензии. 3) для получения дубликата лицензии и (или) приложения к лицензии: заявление (для физических лиц согласно приложению 8, для юридических лиц согласно приложению 9 к настоящим Правилам); документ, подтверждающий уплату в бюджет лицензионного сбора за право занятия отдельными видами деятельности, за исключением оплаты через ПШЭП. При обращении услугополучателя на портал документы подаются в электронных копиях. | |
| 9 | Основания для отказа в оказании государственной услуги, установленные законодательством Республики Казахстан | 1) установление недостоверности представленных документов и (или) данных (сведений), содержащихся в них; 2) несоответствие услугополучателя и (или) представленных материалов, объектов, данных и сведений, необходимых для оказания государственной услуги, требованиям, установленным нормативными правовыми актами Республики Казахстан; 3) в отношении услугополучателя имеется вступившее в законную силу решение суда, на основании которого он лишен специального права, связанного с получением государственной услуги. | |
| 10 | Иные требования с учетом особенностей оказания государственной услуги, в том числе оказываемой в электронной форме | 1. Услугополучатель имеет возможность получения информации о порядке и статусе оказания государственной услуги в режиме удаленного доступа посредством "личного кабинета" портала, а также единого контакт-центра. 2. Контактные телефоны справочных служб по вопросам оказания государственной услуги указаны на интернет-ресурсе уполномоченного органа в области здравоохранения www.gov.egov.kz. Номера телефонов единого контакт-центра по вопросам оказания государственных услуг - 1414, 8- 800- 080 -7777. | |
|  | | | Приложение 2 к Правилам оказания государственной услуги "Выдача лицензии на медицинскую деятельность" | |
|  | | | форма | |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  
 **(фамилия, имя, отчество (при его наличии)**  
 **либо наименование Организации услугополучателя)**  
 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  
 **(адрес услугополучателя)**

**Расписка**  
 **об отказе в приеме документов**

      Руководствуясь подпунктом 2 статьи 20 Закона Республики Казахстан от 15 апреля 2013 года "О  
государственных услугах", отдел №\_\_\_\_ филиала Государственной корпорации (указать адрес) отказывает в  
приеме документов на оказание государственной услуги (указать наименование государственной услуги в  
соответствии с Правилами) ввиду представления Вами неполного пакета документов согласно перечню,  
предусмотренному перечнем, а именно:  
       Наименование отсутствующих документов:  
       1) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;  
       2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;  
       3) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  
       Настоящая расписка составлена в 2 экз., по одному для каждой стороны.  
       фамилия, имя, отчество (при его наличии) (работника Государственной корпорации)  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       (подпись)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       Исп. фамилия, имя, отчество (при его наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       Тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       Получил: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
             фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись услугополучателя/  
       "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 3 к Правилам оказания государственной услуги "Выдача лицензии на медицинскую деятельность" |
|  | форма |

**Заявление**  
 **физического лица для получения лицензии и (или) приложения к лицензии**

      В\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                         (полное наименование лицензиара)  
       от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       (фамилия имя отчество (при наличии) физического лица, индивидуальный  
                               идентификационный номер  
       Прошу выдать лицензию и (или) приложение к лицензии на  
осуществление\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       (указать полное наименование вида деятельности и (или) подвида(ов) деятельности)  
на бумажном носителе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(поставить знак Х в случае, если необходимо получить лицензию на бумажном носителе)  
       Адрес местожительства физического лица  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(почтовый индекс, область, город, район, населенный пункт, наименование улицы, номер  
дома/здания (стационарного помещения)  
       Электронная почта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       Телефоны \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       Факс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       Банковский счет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                         (номер счета, наименование и местонахождение банка)  
       Адрес объекта осуществления деятельности или действий (операций)  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 (почтовый индекс, область, город, район, населенный пункт, наименование улицы, номер  
дома/здания (стационарного помещения)  
       Прилагается \_\_\_\_\_ листов.  
       Настоящим подтверждается, что:  
       1) все указанные данные являются официальными контактами и на них может быть  
направлена любая информация по вопросам выдачи или отказа в выдаче лицензии и (или)  
приложения к лицензии;  
       2) заявителю не запрещено судом заниматься лицензируемым видом и  
(или) подвидом деятельности;  
       3) все прилагаемые документы соответствуют действительности и являются  
действительными;  
       4) заявитель согласен на использование персональных данных ограниченного доступа,  
составляющих охраняемую законом тайну, содержащихся в информационных системах, при  
выдаче лицензии и (или) приложения к лицензии;  
       5) заявитель согласен на удостоверение заявления электронной цифровой подписью  
работника Государственной корпорации (в случае обращения через Государственную  
корпорацию).  
       Физическое лицо \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                         (подпись)             (ФИО (при его наличии)  
       Место печати (при наличии)  
       Дата заполнения: "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ года.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 4 к Правилам оказания государственной услуги "Выдача лицензии на медицинскую деятельность" |
|  | форма |

**Заявление**  
 **юридического лица для получения лицензии и (или) приложения к лицензии**

      В\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                         (полное наименование лицензиара)  
       от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       (полное наименование, местонахождение, бизнес-идентификационный номер  
юридического лица (в том числе иностранного юридического лица), бизнес  
идентификационный номер филиала или представительства иностранного юридического лица  
– в случае отсутствия бизнес-идентификационного номера у юридического лица)  
       Прошу выдать лицензию и (или) приложение к лицензии на  
осуществление  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(указать полное наименование вида деятельности и (или) подвида(ов)  
деятельности) на бумажном носителе \_\_\_\_\_ (поставить знак Х в случае, если необходимо  
получить лицензию на бумажном носителе)  
       Адрес юридического лица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(почтовый индекс, страна (для иностранного юридического лица), область, город, район,  
населенный пункт, наименование улицы, номер дома/здания (стационарного помещения)  
       Электронная почта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       Телефоны \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       Факс\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       Банковский счет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                         (номер счета, наименование и местонахождение банка)  
       Адрес объекта осуществления деятельности или действий (операций)  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(почтовый индекс, область, город, район, населенный пункт, наименование улицы, номер  
дома/здания (стационарного помещения).  
       Прилагается \_\_\_\_\_\_ листов.  
       Настоящим подтверждается, что:  
       1) все указанные данные являются официальными контактами и на них может быть  
направлена любая информация по вопросам выдачи или отказа в выдаче лицензии и  
(или) приложения к лицензии;  
       2) заявителю не запрещено судом заниматься лицензируемым видом и  
(или) подвидом деятельности;  
       3) все прилагаемые документы соответствуют действительности и  
являются действительными;  
       4) заявитель согласен на использование персональных данных  
ограниченного доступа, составляющих охраняемую законом тайну,  
содержащихся в информационных системах, при выдаче лицензии и (или)  
приложения к лицензии;  
       5) заявитель согласен на удостоверение заявления электронной цифровой  
подписью работника Государственной корпорации (в случае обращения через  
Государственную корпорацию).  
       Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                   (подпись)             (ФИО (при его наличии)  
       Место печати  
       Дата заполнения: "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 5 к Правилам оказания государственной услуги "Выдача лицензии на медицинскую деятельность" |
|  | форма |

      Форма сведений, подтверждающая наличие сведений и документов в соответствии с  
квалификационными требованиями, предъявляемые при лицензировании медицинской деятельности.  
       Сведения, подтверждающие наличие:  
       1. Помещения или здания на праве собственности или договора аренды и поэтажного плана указанного  
помещения (здания):  
       Сведения о регистрации объекта недвижимости  
       1) Кадастровый номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       2) Местоположения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       3) Номер свидетельства о государственной регистрации недвижимости \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       4) Номер договора об аренде\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       5) Дата договора об аренде \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       2. Медицинского и (или) специального оборудования, аппаратуры и инструментария, приборов,  
мебели, инвентаря, транспортных и других средств, согласно заявляемым подвидам медицинской  
деятельности:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование медицинского и (или) специального оборудования, аппаратуры и инструментария, приборов, мебели, инвентаря, транспортных и других средств (по паспорту) | Страна производитель | Единица измерения | Количество | Год выпуска | Состояние (рабочее/не рабочее) |
|  |  |  |  |  |  |  |

      3. Соответствующего образования согласно заявляемым подвидам медицинской деятельности:  
       Сведения о медицинском образовании  
       1) Специальность по диплому \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       2) Квалификация по диплому \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       3) Номер диплома \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       4) Серия диплома \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       5) Полное наименование организации образования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       6) Год поступления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       7) Год окончания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       8) Сведения о нострификации диплома (при необходимости) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       4. Специализации или усовершенствования и других видов повышения квалификации за последние  
5 лет по заявляемым подвидам медицинской деятельности:  
       Сведения о повышении квалификации по заявляемой специальности  
       1) Номер документа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       2) Наименование цикла \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       3) Полное наименование обучающей организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       4) Начало обучения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       5) Окончание обучения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       6) Количество часов\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       5. Соответствующего сертификата специалиста:  
       Сведения о сертификате специалиста  
       1) Наименование специальности, по которой выдан сертификат специалиста  
       2) Квалификационная категория (при наличии – указать)  
       3) Орган, выдавший сертификат специалиста  
       4) Регистрационный номер  
       5) Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       6) Срок действия сертификата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       6. Штат медицинских работников, который подтверждается сведениями о медицинских работниках:  
       Сведения о медицинских работниках медицинских организаций (для юридического лица)  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       (наименование субъекта здравоохранения)  
       (по состоянию на "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года).

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия | Имя | Отчество | Занимаемая должность | Образование | Стаж по специальности | Номер, серия диплома Специальность и квалификация по диплому | Полное наименование организации образования Год поступления Год окончания | Свидетельство о нострификации диплома (при необходимости) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

      7. У физических лиц – стажа работы по специальности не менее 5 лет по заявляемым подвидам  
медицинской деятельности:  
       Трудовая деятельность по заявляемой специальности (для физического лица)  
       1) Наименование медицинской организации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       2) Местонахождение организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       3) Занимаемая должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       4) Дата приема на работу по заявляемой специальности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       5) Дата увольнения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 6 к Правилам оказания государственной услуги "Выдача лицензии на медицинскую деятельность" |
|  | форма |

**Заявление**  
 **физического лица для переоформления лицензии**  
 **и (или) приложения к лицензии**

      В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                         (полное наименование лицензиара)  
       от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       (фамилия, имя, отчество (при наличии) физического лица, индивидуальный  
                         идентификационный номер)  
       Прошу переоформить лицензию и (или) приложение к лицензии  
                               (нужное подчеркнуть)  
№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года, выданную(ое)(ых) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(номер(а) лицензии и (или) приложения(й) к лицензии, дата выдачи,  
наименование лицензиара, выдавшего лицензию и (или) приложение(я) к лицензии) на  
осуществление \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(полное наименование вида деятельности и (или) подвида(ов) деятельности)  
по следующему(им) основанию(ям) (укажите в соответствующей ячейке Х):  
       1) изменения фамилии, имени, отчества (при его наличии) физического лица –  
лицензиата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       2) перерегистрация индивидуального предпринимателя-лицензиата, изменение его  
наименования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       3) перерегистрация индивидуального предпринимателя-лицензиата,  
изменение его юридического адреса \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       4) отчуждение лицензиатом лицензии, выданной по классу "разрешения, выдаваемые на  
объекты", вместе с объектом в пользу третьих лиц в случаях, если отчуждаемость лицензии  
предусмотрена приложением 1 к Закону Республики Казахстан "О разрешениях и  
уведомлениях" от 16 мая 2014 года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       5) изменение адреса места нахождения объекта без его физического перемещения для  
лицензии, выданной по классу "разрешения, выдаваемые на объекты" или для приложений к  
лицензии с указанием объектов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       6) наличие требования о переоформлении в законах Республики Казахстан  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       7) изменение наименования вида деятельности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       8) изменение наименования подвида деятельности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
на бумажном носителе \_\_\_\_\_\_\_ (поставить знак Х в случае, если необходимо получить  
лицензию на бумажном носителе)  
       Адрес местожительства физического лица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(почтовый индекс, область, город, район, населенный пункт, наименование улицы, номер  
дома/здания (стационарного помещения).  
       Электронная почта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       Телефоны \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       Факс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       Банковский счет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       Адрес объекта осуществления деятельности или действий (операций)  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(почтовый индекс, область, город, район, населенный пункт, наименование улицы, номер  
дома/здания (стационарного помещения).  
       Прилагается \_\_\_\_\_ листов.  
       Настоящим подтверждается, что:  
       1) все указанные данные являются официальными контактами и на них может быть  
направлена любая информация по вопросам выдачи или отказа в выдаче лицензии и (или)  
приложения к лицензии;  
       2) заявителю не запрещено судом заниматься лицензируемым видом и (или) подвидом  
деятельности;  
       3) все прилагаемые документы соответствуют действительности и являются  
действительными;  
       4) заявитель согласен на использование персональных данных ограниченного доступа,  
составляющих охраняемую законом тайну, содержащихся в информационных системах, при  
выдаче лицензии и (или) приложения к лицензии;  
       5) заявитель согласен на удостоверение заявления электронной цифровой подписью  
работника Государственной корпорации (в случае обращения через Государственную  
корпорацию).  
       Физическое лицо \_\_\_\_\_\_\_\_\_       \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                   (подпись)             (фамилия, имя, отчество (при его наличии)  
       Место печати  
       Дата заполнения: "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 7 к Правилам оказания государственной услуги "Выдача лицензии на медицинскую деятельность" |
|  | форма |

**Заявление**  
 **юридического лица для переоформления лицензии**  
 **и (или) приложения к лицензии**

      В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                         (полное наименование лицензиара)  
       от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       (полное наименование, местонахождение, бизнес-идентификационный номер  
юридического лица (в том числе иностранного юридического лица), бизнес  
идентификационный номер филиала или представительства иностранного юридического  
лица – в случае отсутствия бизнес-идентификационного номера у юридического лица)  
       Прошу переоформить лицензию и (или) приложение(я) к лицензии  
(нужное подчеркнуть)  
       №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_года, выданную(ое)(ых)\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       (номер(а) лицензии и (или) приложения(й) к лицензии, дата выдачи,  
наименование лицензиара, выдавшего лицензию и (или) приложение(я) к лицензии)  
       На осуществление\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       (полное наименование вида деятельности и (или) подвида (ов) деятельности) по  
следующему(им) основанию(ям) (укажите в соответствующей ячейке Х):  
       1) реорганизация юридического лица-лицензиата в соответствии со статьей 34 Закона  
Республики Казахстан "О разрешениях и уведомлениях" от 14 мая 2014 года (далее – Закон)  
путем (укажите в соответствующей ячейке Х):  
       слияния \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       преобразования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       присоединения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       выделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       разделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       2) изменение наименования юридического лица-лицензиата  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       3) изменение места нахождения юридического лица-лицензиата  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       4) отчуждение лицензиатом лицензии, выданной по классу "разрешения, выдаваемые на  
объекты", вместе с объектом в пользу третьих лиц в случаях, если отчуждаемость лицензии  
предусмотрена приложением 1 к Закону  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       5) изменение адреса места нахождения объекта без его физического перемещения для  
лицензии, выданной по классу "разрешения, выдаваемые на объекты" или для приложений к  
лицензии с указанием объектов\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       6) наличие требования о переоформлении в законах Республики Казахстан  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       7) изменение наименования вида деятельности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       8 )изменение наименования подвида деятельности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       на бумажном носителе \_\_\_\_\_ (поставить знак Х в случае, если необходимо получить  
лицензию на бумажном носителе).  
       Адрес юридического лица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       (страна – для иностранного юридического лица, почтовый индекс, область, город, район,  
населенный пункт, наименование улицы, номер дома/здания (стационарного помещения).  
       Электронная почта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       Телефоны \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       Факс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       Банковский счет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                   (номер счета, наименование и местонахождение банка)  
       Адрес объекта осуществления деятельности или действий  
(операций)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       (почтовый индекс, область, город, район, населенный пункт, наименование улицы,  
                   номер дома/здания (стационарного помещения).  
       Прилагается \_\_\_\_\_\_ листов.  
       Настоящим подтверждается, что:  
       1) все указанные данные являются официальными контактами и на них  
может быть направлена любая информация по вопросам выдачи или отказа в  
выдаче лицензии и (или) приложения к лицензии;  
       2) заявителю не запрещено судом заниматься лицензируемым видом и (или)подвидом  
деятельности;  
       3) все прилагаемые документы соответствуют действительности являются  
действительными;  
       4) заявитель согласен на использование персональных данных  
ограниченного доступа, составляющих охраняемую законом тайну,  
содержащихся в информационных системах, при выдаче лицензии и (или)  
приложения к лицензии;  
       5) заявитель согласен на удостоверение заявления электронной цифровой  
подписью работника Государственной корпорации (в случае обращения через  
       Государственную корпорацию).  
       Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                   (подпись)       (фамилия, имя, отчество (при его наличии)  
       Место печати  
       Дата заполнения: "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 8 к Правилам оказания государственной услуги "Выдача лицензии на медицинскую деятельность" |
|  | форма |

**Заявление**  
 **физического лица для получения дубликата лицензии и**  
 **(или) приложения к лицензии**

      В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                         (полное наименование лицензиара)  
       от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       (фамилия имя отчество (в случае наличия) физического лица, индивидуальный  
идентификационный номер)  
       Прошу выдать дубликат лицензии и (или) приложение к лицензии на  
осуществление\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                   (указать вид деятельности и (или) подвид(ы) деятельности)  
       Адрес местожительства физического лица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(почтовый индекс, область, город, район, населенный пункт, наименование улицы, номер  
дома/здания)  
       Электронная почта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       Телефоны \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       Факс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       Банковский счет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                   (номер счета, наименование и местонахождение банка)  
       Адрес(а) осуществления деятельности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       (почтовый индекс, область, город, район, населенный пункт, наименование улицы, номер  
дома/здания (стационарного помещения)  
       Прилагается \_\_\_\_\_ листов.  
       Настоящим подтверждается, что:  
       все указанные данные являются официальными контактами и на них может быть  
направлена любая информация по вопросам выдачи или отказа в выдаче лицензии и (или)  
приложения к лицензии;  
       заявителю не запрещено судом заниматься лицензируемым видом и (или) подвидом  
деятельности;  
       все прилагаемые документы соответствуют действительности и являются  
действительными.  
       Согласен на использование сведений, составляющих охраняемую законом тайну,  
содержащихся в информационных системах.  
       Физическое лицо \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                         (подпись) (фамилия, имя, отчество при его наличии)  
       Место печати (в случае наличия)  
       Дата заполнения: "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ года.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 9 к Правилам оказания государственной услуги "Выдача лицензии на медицинскую деятельность" |
|  | форма |

**Заявление**  
 **юридического лица для получения дубликата лицензии**  
 **и (или) приложения к лицензии**

      В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                         (полное наименование лицензиара)  
       от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
             (полное наименование юридического лица, БИН)  
       Прошу выдать дубликат лицензии и (или) приложение к лицензии на  
осуществление\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
             (указать вид деятельности и (или) подвид(ы) деятельности)  
       Адрес юридического лица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       (почтовый индекс, область, город, район, населенный пункт, наименование улицы, номер  
дома/здания (стационарного помещения)  
       Электронная почта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       Телефоны \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       Факс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       Банковский счет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                         (номер счета, наименование и местонахождение банка)  
       Адрес(а) осуществления деятельности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       (почтовый индекс, область, город, район, населенный пункт, наименование улицы, номер  
дома/здания (стационарного помещения)  
       Прилагается \_\_\_\_\_\_ листов.  
       Настоящим подтверждается, что:  
       все указанные данные являются официальными контактами и на них может быть  
направлена любая информация по вопросам выдачи или отказа в выдаче лицензии и (или)  
приложения к лицензии;  
       заявителю не запрещено судом заниматься лицензируемым видом и(или) подвидом  
деятельности;  
       все прилагаемые документы соответствуют действительности и являются  
действительными.  
       Согласен на использование сведений, составляющих охраняемую законом тайну,  
содержащихся в информационных системах.  
       Услугополучатель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                         (подпись) (фамилия, имя, отчество (в случае наличия)  
Место печати (в случае наличия)  
Дата заполнения: "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года.

© 2012. РГП на ПХВ «Институт законодательства и правовой информации Республики Казахстан» Министерства юстиции Республики Казахстан

**"Медициналық қызметке лицензия беру" мемлекеттік қызметті көрсету қағидаларын бекіту туралы**

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 1 маусымдағы № ҚР ДСМ-59/2020 бұйрығы. Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде 2020 жылғы 2 маусымда № 20809 болып тіркелді.

      ЗҚАИ-ның ескертпесі!  
      Осы бұйрықтың қолданысқа енгізілу тәртібін 4 т. қараңыз

      "Мемлекеттік көрсетілетін қызметтер туралы" Қазақстан Республикасы Заңының 10-бабының 1) тармақшасына сәйкес БҰЙЫРАМЫН:

      1. Қоса беріліп отырған "Медициналық қызметке лицензия беру" мемлекеттік қызметті көрсету қағидалары бекітілсін.

      2. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Тауарлар мен көрсетілетін қызметтердің сапасы мен қауіпсіздігін бақылау комитеті:

      1) осы бұйрықты Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркеуді;

      2) осы бұйрықты Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің ресми интернет-ресурсында орналастыруды;

      3) Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркелгеннен кейін он жұмыс күні ішінде осы тармақтың 1) және 2) тармақшаларында көзделген іс-шаралардың орындалуы туралы мәліметтерді Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Заң департаментіне ұсынуды қамтамасыз етсін.

      3. Осы бұйрықтың орындалуын бақылау жетекшілік ететін Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау вице-министріне жүктелсін.

      4. Осы бұйрық алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік жиырма бір күн өткен соң қолданысқа енгізіледі.

|  |  |
| --- | --- |
| *Қазақстан Республикасы*  *Денсаулық сақтау министрі* | *Е. Биртанов* |

      КЕЛІСІЛДІ

      Қазақстан Республикасы

      Цифрлық даму, инновациялар және

      аэроғарыш өнеркәсібі министрлігі

|  |  |
| --- | --- |
|  | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 1 маусымдағы № ҚР ДСМ-59/2020 бұйрығына  қосымша |

**"Медициналық қызметке лицензия беру" мемлекеттік қызметті көрсету қағидалары**

**1-тарау. Жалпы ережелер**

      1. Осы Қағидалар "Мемлекеттік көрсетілетін қызметтер туралы" 2013 жылғы 15 сәуірдегі Қазақстан Республикасы Заңының (бұдан әрі – Заң) 10-бабының 1-тармақшасына сәйкес әзірленген және "Медициналық қызметке лицензия беру" мемлекеттік қызметті көрсету тәртібін (бұдан әрі - Қағидалар) айқындайды.

      2. "Медициналық қызметке лицензия беру" мемлекеттік көрсетілетін қызметін (бұдан әрі – мемлекеттік көрсетілетін қызмет) Қазақстан Республикасының аумағында медициналық қызметті жүзеге асыру үшін облыстардың, республикалық маңызы бар қалалардың және астананың жергілікті атқарушы органдары (бұдан әрі – көрсетілетін қызметті беруші) жеке және заңды тұлғаларға (бұдан әрі – көрсетілетін қызметті алушылар) көрсетеді.

      3. Өтініштерді қабылдау және көрсетілген мемлекеттік қызметтің нәтижесін беру:

      1) "Азаматтарға арналған үкімет" мемлекеттік корпорациясы коммерциялық емес акционерлік қоғамы (бұдан әрі – Мемлекеттік корпорация);

      2) www.egov.kz, www.elіcense.kz "электрондық үкімет" веб-порталы (бұдан әрі – портал) арқылы жүзеге асырылады.

      Мемлекеттік қызмет көрсетілетін қызметті алушының тіркелген орны бойынша жеделдетілген қызмет көрсетусіз "электрондық" кезек тәртібімен көрсетіледі.

      4. Мемлекеттік қызмет көрсету процесінің сипаттамасын, нысанын, мазмұны мен нәтижесін, сондай-ақ мемлекеттік қызмет көрсету ерекшеліктерін ескере отырып, өзге де мәліметтерді қамтитын мемлекеттік қызмет көрсетуге қойылатын негізгі талаптардың тізбесі осы Қағидаларға 1-қосымшаға сәйкес жазылған.

      5. Мемлекеттік қызметті көрсету нәтижесін не мемлекеттік қызметті көрсетуден бас тарту туралы дәлелді жауапты көрсетілетін қызметті алушы лицензияны және (немесе) лицензияға қосымшаны алуға жүгінген кезде:

      қағаз тасығышта – электрондық нысанда ресімделеді, басып шығарылады және көрсетілетін қызметті берушінің мөрімен және көрсетілетін қызметті беруші басшысының қолымен куәландырылады және Мемлекеттік корпорацияға беріледі;

      портал арқылы - электрондық нысанда ресімделеді, көрсетілетін қызметті берушінің уәкілетті тұлғасының электрондық цифрлық қолтаңбасымен (бұдан әрі – ЭЦҚ) куәландырылады, порталға жіберіледі және көрсетілетін қызметті алушының "жеке кабинетінде" сақталады.

      6. "Салықтар және бюджетке төленетін басқа да міндетті төлемдер туралы" 2017 жылғы 25 желтоқсандағы Қазақстан Республикасы Кодексінін (Салық кодексі) 554-бабында белгіленген мөлшерде лицензиялық алымды төлеу екінші деңгейлі банктер және банк операцияларының жекелеген түрлерін жүзеге асыратын ұйымдар арқылы қолма-қол ақшамен және қолма-қол ақшасыз нысанда, сондай-ақ "электрондық үкіметі" төлем шлюзі (бұдан әрі – ЭҮТШ) арқылы жүзеге асырылады.

**2-тарау. "Медициналық қызметке лицензия беру" мемлекеттік қызметті көрсету тәртібі**

      7. Көрсетілетін қызметті беруші және (немесе) Мемлекеттік корпорацияның қызметкері тиісті мемлекеттік ақпараттық жүйелерден "электрондық үкімет" шлюзі арқылы:

      1) жеке басын куәландыратын құжаттар туралы;

      2) көрсетілетін қызметті алушының заңды тұлғаны не дара кәсіпкер ретінде мемлекеттік тіркелуі (қайта тіркелуі) туралы;

      3) медициналық қызметке лицензиясының болуы туралы;

      4) бір жылдан астам мерзімге жасалған үй-жайға немесе ғимаратқа мемлекеттік мүлікке меншік, жалға алу немесе сенімгерлік басқару құқығын куәландыратын;

      5) лицензиялық алым сомасын төлеу туралы (ЭҮТШ арқылы төленген жағдайда);

      6) жылжымайтын мүлік объектісінің тіркелгені туралы мәліметтерді алады.

      Көрсетілетін қызметті алушы осы Қағидаларға 1-қосымшаның 8-тармағында көзделген тізбеге сәйкес құжаттардың толық емес топтамасын ұсынған жағдайда Мемлекеттік корпорацияның қызметкері өтінішті қабылдаудан бас тартады және осы Қағидаларға 2-қосымшаға сәйкес нысан бойынша құжаттарды қабылдаудан бас тарту туралы қолхат береді.

      Көрсетілетін қызметті алушы портал арқылы құжаттардың толық емес топтамасын ұсынған жағдайда көрсетілетін қызметті беруші екі жұмыс күні ішінде өтінішті одан әрі қараудан бас тарту туралы дәлелді жауапты дайындайды.

      Құжаттарды:

      Мемлекеттік корпорацияға тапсыру кезінде – көрсетілетін қызметті алушыға тиісті құжаттардың қабылданғаны туралы қолхат беріледі.

      "портал" арқылы тапсыру кезінде – көрсетілетін қызметті алушының "жеке кабинетінде" мемлекеттік қызметті көрсету үшін сұрау салудың қабылданғаны туралы мәртебе көрсетіледі.

      Көрсетілетін қызметті алушы порталға жүгінген жағдайда құжаттар электрондық көшірмелерде беріледі.

      8. Мемлекеттік қызметті көрсету мерзімі:

      Мемлекеттік корпорацияға құжаттардың топтамасын тапсырған кезден бастап, сондай-ақ порталға жүгінген кезде:

      лицензияны және (немесе) лицензияға қосымшаны беру кезінде – 13 (он үш) жұмыс күні;

      лицензияны және (немесе) лицензияға қосымшаны қайта ресімдеу кезінде – 3 (үш) жұмыс күні;

      қағаз нысанда берілген лицензияның және (немесе) лицензияға қосымшаның телнұсқасын беру кезінде – 2 (екі) жұмыс күні.

      Мемлекеттік корпорацияға жүгінген жағдайда құжаттарды қабылдау күні мемлекеттік қызметті көрсету мерзіміне кірмейді, бұл ретте мемлекеттік қызметті көрсету нәтижесін көрсетілетін қызметті беруші Мемлекеттік корпорацияға мемлекеттік қызметті көрсету мерзімі аяқталғанға дейін бір күн бұрын ұсынады.

      9. Заңның 5-бабы 2-тармағының 11) тармақшасына сәйкес деректерді мемлекеттік қызметтерді көрсету мониторингінің ақпараттық жүйесіне енгізу Қазақстан Республикасы Көлік және коммуникация министрінің міндетін атқарушының 2013 жылғы 14 маусымдағы № 452 бұйрығымен (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 8555 болып тіркелген) бекітілген Мемлекеттік көрсетілетін қызметтерді көрсету мониторингінің ақпараттық жүйесіне мемлекеттік көрсетілетін қызметті көрсету сатысы туралы деректер енгізу қағидаларында белгіленеді.

      10. Мемлекеттік қызметтерді көрсету мәселелері бойынша көрсетілетін қызметті берушінің шешімдеріне, әрекеттеріне (әрекетсіздігіне) шағымдану көрсетілетін қызметті беруші және (немесе) денсаулық сақтау саласындағы уәкілетті орган және (немесе) мемлекеттік қызметтерді көрсету мәселелері бойынша уәкілетті орган басшысының атына шағым беру арқылы жүзеге асырылады.

      Шағымдарды қарау мерзімдері тіркелген күннен бастап:

      1) көрсетілетін қызметті берушіде – 5 (бес) жұмыс күні ішінде;

      2) денсаулық сақтау саласындағы немесе мемлекеттік қызметтерді көрсету мәселелері бойынша уәкілетті органдарда – 15 (он бес) жұмыс күні ішінде.

      Мемлекеттік қызметті көрсету нәтижелерімен келіспеген жағдайда көрсетілетін қызметті алушы Қазақстан Республикасы заңнамасымен белгіленген тәртіппен сотқа жүгінеді.

|  |  |
| --- | --- |
|  | "Медициналық қызметке  лицензия беру" мемлекеттік  қызметті көрсету қағидаларына 1-қосымша |

**"Медициналық қызметке лицензия беру" мемлекеттік көрсетілетін қызмет стандарты**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Көрсетілетін қызметті берушінің атауы | Мемлекеттік қызметті облыстардың, республикалық маңызы бар қалалардың және астананың жергілікті атқарушы органдары | |
| 2 | Мемлекеттік қызметті ұсыну тәсілдері | 1) "Азаматтарға арналған үкімет" мемлекеттік корпорациясы" коммерциялық емес акционерлік қоғамы (бұдан әрі – Мемлекеттік корпорация);  2) www.egov.kz, www.elіcense.kz "электрондық үкімет" веб-порталы (бұдан әрі – портал) | |
| 3 | Мемлекеттік қызметті көрсету мерзімі | 13 (он үш) жұмыс күні | |
| 4 | Қызмет көрсетудің нысаны | электрондық (ішінара автоматтандырылған) және (немесе) қағаз түрінде | |
| 5 | Мемлекеттік қызмет көрсету нәтижесі | медициналық қызметке лицензия және (немесе) лицензияға қосымша, лицензияны және (немесе) лицензияға қосымшаны қайта ресімдеу, медициналық қызметке лицензияның және (немесе) лицензияға қосымшаның телнұсқасы не мемлекеттік қызметті көрсетуден бас тарту туралы дәлелді жауап | |
| 6 | Мемлекеттік көрсетілетін қызмет ақысы | Мемлекеттік қызмет ақылы көрсетіледі, мынадай лицензиялық алым алынады: 1) лицензияны беру үшін – 10 айлық есептік көрсеткіш (бұдан әрі – АЕК); 2) лицензияны қайта ресімдеу үшін - лицензияны беру кезіндегі ставканың 10 %-ы, бірақ 4 АЕК-дан артық емес; 3) лицензияның телнұсқасын беру үшін - лицензияны беру кезіндегі ставканың 100 %-ы. | |
| 7 | Жұмыс кестесі | 1) көрсетілетін қызметті берушіде – демалыс және мереке күндерінен басқа, сағат 13.00-ден 14.30-ға дейінгі түскі үзіліспен дүйсенбі – жұма аралығында, сағат 09.00-ден 18.30-ға дейін; 2) порталда - жөндеу жұмыстарын жүргізуге байланысты техникалық үзілістерді қоспағанда, тәулік бойы (көрсетілетін қызметті алушы жұмыс уақыты аяқталғаннан кейін, демалыс және мереке күндері жүгінген кезде өтініштерді қабылдау және мемлекеттік қызметті көрсету нәтижелерін беру келесі жұмыс күні жүзеге асырылады) | |
| 8 | Құжаттар тізбесі | 1) лицензияны және лицензияға қосымшаны алу үшін:  өтініш (жеке тұлғалар Қағидалардың 3-қосымшаға сәйкес, заңды тұлғалар 4-қосымшаға сәйкес); жеке тұлға үшін – жеке басын куәландыратын құжат (жеке басын сәйкестендіру үшін талап етіледі); "электродық үкімет" төлем шлюзі (бұдан әрі – ЭҮТШ) арқылы ақы төлеуді қоспағанда, қызметтің жекелеген түрлерімен айналысу құқығына лицензиялық алымның бюджетке төленгенін растайтын құжат;  Қағидаларға 5-қосымшаға сәйкес медициналық қызметті лицензиялау кезінде қойылатын біліктілік талаптарына сәйкес мәліметтер мен құжаттардың болуын растайтын мәліметтер нысаны;  бір жылдан кем мерзімге жасалған, үй-жайға немесе ғимаратқа меншік, жалға алу немесе мемлекеттік мүлікті сенімгерлік басқару құқығын куәландыратын құжат (салыстыру үшін түпнұсқасы ұсынылмаған жағдайда нотариалдық куәландырылған);  жоғары немесе орта медициналық білім туралы диплом (түпнұсқасы ұсынылмаған жағдайда нотариалдық куәландырылған); қайта даярлаудан өту туралы куәлік немесе біліктілікті арттырудан өту туралы куәлік (түпнұсқасы ұсынылмаған жағдайда нотариалдық куәландырылған);  мәлімделген мамандық бойынша маман сертификатының көшірмесі;   Қазақстан Республикасы Еңбек кодексінің 35-бабына сәйкес қызметтің мәлімделген кіші түрлеріне сәйкес қызметкердің еңбек қызметін растайтын құжат (түпнұсқасы ұсынылмаған жағдайда нотариалдық куәландырылған);  2) лицензияны және (немесе) лицензияға қосымшаны қайта ресімдеу кезінде:   өтініш (жеке тұлғалар Қағидалардың 6-қосымшаға сәйкес, заңды тұлғалар 7-қосымшаға сәйкес);  лицензияны қайта ресімдеу жағдайлары үшін ЭҮТШ арқылы ақы төлеуді қоспағанда, қызметтің жекелеген түрлерімен айналысу құқығына лицензиялық алымның төленгенін растайтын құжат;   ішіндегі ақпарат мемлекеттік ақпараттық жүйелерде болатын құжаттарды қоспағанда, лицензияны және (немесе) лицензияға қосымшаны қайта ресімдеу үшін негіз болған өзгерістер туралы ақпаратты қамтитын құжаттардың көшірмелері;  көрсетілетін қызметті алушы қайта ресімделген лицензияны алған кезде қағаз тасығышта бұрын берілген лицензияны және (немесе) лицензияға қосымшаны көрсетілетін қызметті берушіге кері қайтарып береді. 3) лицензияның және (немесе) лицензияға қосымшаның телнұсқасын алу үшін:  өтініш (жеке тұлғалар Қағидалардың 8-қосымшаға сәйкес, заңды тұлғалар 9-қосымшаға сәйкес);  ЭҮТШ арқылы ақы төлеуді қоспағанда, қызметтің жекелеген түрлерімен айналысу құқығына лицензиялық алымның бюджетке төленгенін растайтын құжат.   Көрсетілетін қызметті алушы порталға шағымданған кезде құжаттар электрондық көшірмелерде беріледі. | |
| 9 | Қазақстан Республикасының заңнамасында белгіленген мемлекеттік қызмет көрсетуден бас тарту үшін негіздер | 1) ұсынылған құжаттардың және (немесе) оларда қамтылған деректердің (мәліметтердің) дұрыс еместігін анықтау;  2) көрсетілетін қызметті алушының және (немесе) мемлекеттік қызметті көрсету үшін қажетті ұсынылған материалдардың, объектілердің, деректер мен мәліметтердің Қазақстан Республикасының нормативтік құқықтық актілерінде белгіленген талаптарға сәйкес келмеуі;  3) көрсетілетін қызметті алушыға қатысты оның негізінде ол мемлекеттік көрсетілетін қызметті алумен байланысты арнайы құқықтан айырылған заңды күшіне енген сот шешімінің болуы. | |
| 10 | Мемлекеттік қызметті көрсету ерекшеліктерін ескере отырып қойылатын өзге де талаптар | 1. Көрсетілетін қызметті алушының мемлекеттік қызметті көрсету тәртібі мен мәртебесі туралы ақпаратты қашықтықтан қол жеткізу режимінде порталдағы "жеке кабинеті", сондай-ақ бірыңғай байланыс орталығы арқылы алуға мүмкіндігі бар.  2. Мемлекеттік қызметті көрсету мәселелері жөніндегі анықтама қызметтерінің байланыс телефондары денсаулық сақтау саласындағы уәкілетті органның www.gov.egov.kz интернет-ресурсында көрсетілген.  Мемлекеттік қызметтерді көрсету мәселелері жөніндегі бірыңғай байланыс орталығының телефон нөмірлері-1414, 8- 800- 080-7777. | |
|  | | | "Медициналық қызметке  лицензия беру" мемлекеттік  қызметті көрсету қағидаларына 2-қосымша | |
|  | | | Нысан | |

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (тегі, аты, әкесінің аты (бар болған кезде) немесе көрсетілетін қызметті алушы

      ұйымының атауы)

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (көрсетілетін қызметті алушының мекенжайы)

**Құжаттарды қабылдаудан бас тарту туралы қолхат**

      "Мемлекеттік көрсетілетін қызметтер туралы" 2013 жылғы 15 сәуірдегі Қазақстан Республикасы Заңының 20-бабының 2-тармақшасын басшылыққа ала отырып, Мемлекеттік корпорацияның № \_ \_ \_ филиалының бөлімі (мекенжайын көрсету) Сіздің тізбеде көзделген тізбеге сәйкес құжаттардың толық топтамасын ұсынбауыңызға байланысты мемлекеттік қызмет көрсетуге (Қағидаларға сәйкес мемлекеттік көрсетілетін қызметтің атауын көрсету) құжаттарды қабылдаудан бас тартады, атап айтқанда:

      Жоқ құжаттардың атауы:

      1) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

      2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

      3) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

      Осы қолхат әр тарапқа бір-бірден 2 данада жасалды.

      Мемлекеттік корпорация қызметкерінің тегі, аты, әкесінің аты (бар болған кезде)

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (қолы)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Орындаушы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған кезде) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Алды: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      көрсетілетін қызметті алушының тегі, аты, әкесінің аты (бар болған кезде)/қолы

      20\_\_\_\_ ж. "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |
| --- | --- |
|  | "Медициналық қызметке  лицензия беру" мемлекеттік  қызметті көрсету қағидаларына 3-қосымша |
|  | Нысан |

**Лицензияны және (немесе) лицензияға қосымшаны алуға арналған жеке тұлғаның өтініші**

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (лицензиардың толық атауы)

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (жеке тұлғаның тегі, аты, әкесінің аты (бар болған кезде), жеке сәйкестендіру нөмірі)

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (қызметтің түрі және (немесе) қызметтің кіші түр(-лері)інің толық атауын көрсету)

      жүзеге асыруға лицензияны және (немесе) лицензияға қосымшаны қағаз тасығышта

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (лицензияны қағаз тасығышта алу қажет болған жағдайда Х белгісін қою керек)

      беруіңізді сұраймын.

      Жеке тұлғаның тұрғылықты мекенжайы

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (пошталық индексі, елі, облысы, қаласы, ауданы, елді мекені, көше атауы,

      (стационарлық үй-жайлар) нөмірі)

      Электрондық пошта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Телефондары \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Факс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Банк шоты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (шот нөмірі, банктің атауы және орналасқан жері)

      Қызметті немесе іс-қимылды (операцияларды) жүзеге асыру объектісінің мекенжайы

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (пошталық индексі, елі, облысы, қаласы, ауданы, елді мекені, көше атауы, үй/ғимарат

      (стационарлық үй-жайлар) нөмірі)

      Қосымша \_\_\_\_\_\_ парақта қоса беріледі.

      Осымен:

      1) көрсетілген барлық деректердің ресми байланыстар болып табылатындығы және оларға лицензияны және (немесе) лицензияға қосымшаны беру немесе беруден бас тарту мәселелері бойынша кез келген ақпаратты жіберуге болатындығы;

      2) өтініш берушіге қызметтің лицензияланатын түрімен және (немесе) кіші түрімен айналысуға сот тыйым салмайтыны;

      3) қоса берілген құжаттардың барлығы шындыққа сәйкес келетіні және жарамды болып табылатындығы расталады;

      4) өтініш беруші лицензияны және (немесе) лицензияға қосымшаны беру кезінде ақпараттық жүйелерде қамтылған, заңмен қорғалатын құпияны құрайтын қолжетімділігі шектеулі дербес деректерді пайдалануға келісімін береді;

      5) өтініш беруші Мемлекеттік корпорация қызметкерінің өтінішті электрондық цифрлық қолтаңбамен растауына келіседі (Мемлекеттік корпорация арқылы жүгінген жағдайда).

      Жеке тұлға \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                        (қолы) (тегі, аты, әкесінің аты (бар болған кезде)

      Мөр орны

      Толтыру күні: 20 \_\_\_ жылғы "\_\_" \_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  | "Медициналық қызметке  лицензия беру" мемлекеттік  қызметті көрсету қағидаларына 4-қосымша |
|  | Нысан |

**Лицензияны және (немесе) лицензияға қосымшаны алуға арналған заңды тұлғаның өтініші**

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (лицензиардың толық атауы)

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (заңды тұлғаның (оның ішінде шетелдік заңды тұлғаның) толық атауы, тұратын жері,

      бизнес-сәйкестендіру нөмірі, заңды тұлғаның бизнес-сәйкестендіру нөмірі болмаған

      жағдайда – шетелдік заңды тұлға филиалының немесе өкілдігінің бизнес-сәйкестендіру

      нөмірі)

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (қызметтің түрі және (немесе) қызметтің кіші түр(-лері)інің толық атауын көрсету)

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ жүзеге асыруға лицензияны және (немесе)

      лицензияға қосымшаны қағаз тасығышта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (лицензияны қағаз тасығышта

      алу қажет болған жағдайда Х белгісін қою керек) беруіңізді сұраймын.

      Заңды тұлғаның мекенжайы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (пошталық индексі, елі (шетелдік заңды тұлға үшін), облысы, қаласы, ауданы, елді

      мекені, көше атауы, үй/ғимарат (стационарлық үй-жай) нөмірі)

      Электрондық пошта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Телефондары\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Факсы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Банк шоты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (шот нөмірі, банктің атауы және орналасқан жері)

      Қызметті немесе іс-қимылды (операцияларды) жүзеге асыру объектісінің мекенжайы

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (пошталық индексі, облысы, қаласы, ауданы, елді мекені, көшенің атауы, үй/ғимарат

      (стационарлық үй-жайлар) нөмірі)

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_ парақта қоса беріледі.

      Осымен:

      1) көрсетілген барлық деректердің ресми байланыстар болып табылатындығы және оларға лицензияны және (немесе) лицензияға қосымшаны беру немесе беруден бас тарту мәселелері бойынша кез келген ақпаратты жіберуге болатындығы;

      2) өтініш берушіге қызметтің лицензияланатын түрімен және (немесе) кіші түрімен айналысуға сот тыйым салмайтыны;

      3) қоса берілген құжаттардың барлығы шындыққа сәйкес келетіні және жарамды болып табылатындығы расталады;

      4) өтініш беруші лицензияны және (немесе) лицензияға қосымшаны беру кезінде ақпараттық жүйелерде қамтылған, заңмен қорғалатын құпияны құрайтын қолжетімділігі шектеулі дербес деректерді пайдалануға келісімін береді;

      5) өтініш беруші Мемлекеттік корпорация қызметкерінің өтінішті электрондық цифрлық қолтаңбамен растауына келіседі (Мемлекеттік корпорация арқылы жүгінген жағдайда).

      Басшы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                  (қолы)             (тегі, аты, әкесінің аты (бар болған кезде)

      Мөр орны

      Толтыру күні: 20\_\_ жылғы " \_\_ " \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  | "Медициналық қызметке лицензия беру" мемлекеттік  қызметті көрсету қағидаларына 5-қосымша |
|  | Нысан |

**Медициналық қызметті лицензиялау кезінде қойылатын біліктілік талаптарына сәйкес мәліметтер мен құжаттардың болуын растайтын мәліметтер нысаны**

      Болуын растайтын мәліметтер:

      1. Меншік құқығындағы үй-жайлар немесе ғимараттар немесе көрсетілген үй-жайдың (ғимараттың) жалға алу шарты және қабаттық жоспары:

      Жылжымайтын мүлік объектісін тіркеу туралы мәліметтер

      1) кадастрлық нөмірі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      2) орналасқан жері \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      3) жылжымайтын мүлікті мемлекеттік тіркеу туралы куәліктің нөмірі

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      4) жалдау туралы шарттың нөмірі\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      5) жалдау туралы шарттың күні \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      2. Медициналық қызметтің мәлімделген кіші түрлеріне сәйкес медициналық және (немесе) арнайы жабдықтар, аппаратуралар мен құрал-саймандар, аспаптар, жиһаз, инвентарь, көлік және басқа да құралдар:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| р/с № | Медициналық және (немесе) арнайы жабдықтардың, аппаратуралар мен құрал-саймандардың, аспаптардың, жиһаздың, инвентарьдың, көлік және басқа да құралдардың атауы (паспорт бойынша) | Өндіруші ел | Өлшем бірлігі | Саны | Шығарылған жылы | Жағдайы (жұмыс істейді/жұмыс істемейді) |
|  |  |  |  |  |  |  |

      3. Медициналық қызметтің мәлімделген кіші түрлеріне сәйкес тиісті білімі:

      Медициналық білімі туралы мәліметтер

      1) Диплом бойынша мамандығы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      2) диплом бойынша біліктілігі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      3) дипломның нөмірі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      4) диплом сериясы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      5) білім беру ұйымының толық атауы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      6) түскен жылы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      7) аяқтаған жылы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      8) дипломды нострификациялау туралы мәліметтер (қажет болған жағдайда) \_\_\_\_\_\_\_\_

      4. Мәлімделген медициналық қызметтің кіші түрлері бойынша соңғы 5 жылда

      мамандандыру немесе жетілдіру және біліктілікті арттырудың басқа да түрлері:

      Өтініш берілген мамандық бойынша біліктілігін арттыру туралы мәліметтер

      1) құжаттың нөмірі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      2) цикл атауы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      3) оқытқан ұйымның толық атауы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      4) оқудың басталуы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      5) оқуды аяқтау \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      6) сағат саны\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      5. Тиісті маман сертификаты:

      Маман сертификаты туралы мәліметтер

      1) маман сертификаты берілген мамандықтың атауы

      2) біліктілік санаты (бар болған кезде – көрсету)

      3) маман сертификатын берген Орган

      4) тіркеу нөмірі

      5) берілген күні \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      6) сертификаттың қолданылу мерзімі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      6. Медициналық қызметкерлер туралы мәліметтермен расталатын медицина

      қызметкерлерінің штаты:

      Медициналық ұйымдардың медицина қызметкерлері туралы мәліметтер

      (заңды тұлға үшін) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                              (денсаулық сақтау субъектісінің атауы)

      20\_\_\_ жылғы "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ жағдай бойынша

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| р/с № | Тегі | Аты | Әкесінің аты | Лауазымы | Білімі | Мамандығы бойынша еңбек өтілі | Дипломның нөмірі, сериясы диплом бойынша Мамандығы және біліктілігі | Білім беру ұйымының толық атауы Түскен жылы Аяқталу жылы | Дипломды нострификациялау туралы куәлік (қажет болған жағдайда) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

      7. Жеке тұлғаларда – медициналық қызметтің мәлімделген кіші түрлері бойынша мамандығы бойынша кемінде 5 жыл жұмыс өтілі:

      Өтініш берілген мамандық бойынша еңбек қызметі (Жеке тұлға үшін)

      1) медициналық ұйымның атауы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      2) ұйымның орналасқан жері \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      3) атқаратын қызметі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      4) өтініш берілген мамандық бойынша жұмысқа қабылдау күні\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      5) жұмыстан босатылған күні \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  | "Медициналық қызметке  лицензия беру" мемлекеттік  қызметті көрсету қағидаларына 6-қосымша |
|  | Нысан |

**Лицензияны және (немесе) лицензияға қосымшаны қайта ресімдеуге арналған жеке тұлғаның өтініші**

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (лицензиардың толық атауы)

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (жеке тұлғаның тегі, аты, әкесінің аты (бар болған кезде), жеке сәйкестендіру нөмірі)

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (қызметтің түрі және (немесе) кіші түр(лері)інің толық атауы)

      жүзеге асыруға 20\_\_\_ жылғы " " \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ берілген № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (лицензияның және (немесе) лицензияға қосымша(лардың)ның нөмір(лері)і, берілген

      күні, лицензияны және (немесе) лицензияға қосымшаны(ларды) берген лицензиардың

      атауы) лицензияны және (немесе) лицензияға қосымшаны (керестісінің астын сызу)

      мынадай негіз(дер) бойынша (тиісті жолға Х қою қажет):

      1) жеке тұлға-лицензиаттың тегі, аты, әкесінің аты (бар болған кезде) өзгеруі \_\_\_\_\_\_\_\_

      2) жеке кәсіпкер-лицензиат қайта тіркелген, оның атауы өзгеруі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      3) жеке кәсіпкер-лицензиат қайта тіркелген, оның заңды мекенжайы өзгеруі \_\_\_\_\_\_\_\_\_

      4) егер лицензияның иеліктен шығарылатындығы "Рұқсаттар және хабарламалар

      туралы" Қазақстан Республикасының 2014 жылғы 14 мамырдағы Заңына 1-қосымшада

      көзделген жағдайларда, үшінші тұлғалардың пайдасына объектімен бірге

      "объектілерге берілетін рұқсаттар" сыныбы бойынша берілген лицензияны

      лицензиаттың иеліктен шығаруы

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      5) "объектілерге берілетін рұқсаттар" сыныбы бойынша берілген лицензия үшін немесе

      лицензияға қосымшалар үшін объектілерді көрсете отырып, объект нақты көшірілмей

      оның орналасқан мекенжайының өзгеруі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      6) Қазақстан Республикасының заңдарында қайта ресімдеу туралы талап болған

      жағдайларда \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      7) қызмет түрінің атауы өзгеруі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      8) қызметтің кіші түрінің атауы өзгеруі \_\_\_\_\_\_\_\_ қағаз тасығышта \_\_\_ (лицензияны

      қағаз тасығышта алу қажет болған жағдайда Х белгісін қою керек)

      қайта ресімдеуді сұраймын.

      Жеке тұлғаның тұрғылықты мекенжайы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (пошталық индексі, облысы, қаласы, ауданы, елді мекені, көше атауы,

      үй/ғимарат нөмірі)

      Электрондық пошта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Телефондары \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Факсы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Банк шоты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (шот нөмірі, банктің атауы және орналасқан жері)

      Қызметті немесе іс-қимылды (операцияларды) жүзеге асыру объектісінің мекенжайы

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (пошталық индексі, елі, облысы, қаласы, ауданы, елді мекені, көше атауы,

      үй/ғимарат (стационарлық үй-жайлар нөмірі)

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ парақта қоса беріледі.

      Осымен:

      1) көрсетілген барлық деректердің ресми байланыстар болып табылатындығы және оларға лицензияны және (немесе) лицензияға қосымшаны беру немесе беруден бас тарту мәселелері бойынша кез келген ақпаратты жіберуге болатындығы;

      2) өтініш берушіге қызметтің лицензияланатын түрімен және (немесе) кіші түрімен айналысуға сот тыйым салмайтыны;

      3) қоса берілген құжаттардың барлығы шындыққа сәйкес келетіні және жарамды болып табылатындығы расталады;

      4) өтініш беруші лицензияны және (немесе) лицензияға қосымшаны беру кезінде ақпараттық жүйелерде қамтылған, заңмен қорғалатын құпияны құрайтын қолжетімділігі шектеулі дербес деректерді пайдалануға келісімін береді;

      5) өтініш беруші Мемлекеттік корпорация қызметкерінің өтінішті электрондық цифрлық қолтаңбамен растауына келіседі (Мемлекеттік корпорация арқылы жүгінген жағдайда).

      Жеке тұлға \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                        (қолы)       (тегі, аты, әкесінің аты (бар болған кезде)

      Мөр орны

      Толтыру күні: 20\_\_ жылғы "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  | "Медициналық қызметке  лицензия беру" мемлекеттік  қызметті көрсету қағидаларына 7-қосымша |
|  | Нысан |

**Лицензияны және (немесе) лицензияға қосымшаны қайта ресімдеу үшін заңды тұлғаның өтініші**

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (лицензиардың толық атауы)

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (заңды тұлғаның (оның ішінде шетелдік заңды тұлғаның) толық атауы, орналасқан

      жері, бизнес- сәйкестендіру нөмірі, заңды тұлғада бизнес-сәйкестендіру нөмірі

      болмаған жағдайда – шетелдік заңды тұлға филиалының немесе өкілдігінің бизнес

      сәйкестендіру нөмірі)

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (қызметтің түрі және (немесе) кіші түр(лері)інің толық атауы)

      жүзеге асыруға 20\_\_\_ жылғы " " \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ берілген № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (лицензияның және (немесе) лицензияға қосымшаның(лардың) нөмірі(лері), берілген

      күні, лицензияны және (немесе) лицензияға қосымшаны(ларды) берген лицензиардың

      атауы) лицензияны және (немесе) лицензияға қосымшаны (керестісінің астын сызу)

      мынадай негіз(дер) бойынша (тиісті жолға Х қою қажет):

      1) заңды тұлға – лицензиаттың "Рұқсаттар және хабарламалар туралы" 2014 жылғы 14

      мамырдағы Қазақстан Республикасы Заңының (бұдан әрі - Заң) 34-бабына сәйкес

      (тиісті торкөзде Х көрсетіңіз):

      бірігу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      қайта құру \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      қосу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      бөлу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      айыру \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      2) заңды тұлға-лицензиаттың атауының өзгеруі

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      3) заңды тұлға-лицензиаттың орналасқан жерінің өзгеруі

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      4) егер лицензияның иеліктен шығарылатындығы Заңға 1-қосымшада көзделген

      жағдайларда, үшінші тұлғалардың пайдасына объектімен бірге "объектілерге берілетін

      рұқсаттар" сыныбы бойынша берілген лицензияны лицензиаттың иеліктен шығаруы

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      5) "объектілерге берілетін рұқсаттар" сыныбы бойынша берілген лицензия үшін немесе

      лицензияға қосымшалар үшін объектілерді көрсете отырып, объект нақты көшірілмей

      оның орналасқан мекенжайының өзгеруі

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      6) Қазақстан Республикасының заңдарында қайта ресімдеу туралы талаптардың болуы

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      7) қызмет түрі атауының өзгеруі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      8) қызметтің кіші түрі атауының өзгеруі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_

      қағаз тасығышта \_\_\_ (лицензияны қағаз тасығышта алу қажет болған жағдайда

      Х белгісін қою керек) қайта ресімдеуді сұраймын.

      Заңды тұлғаның мекен-жайы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (шетелдік заңды тұлға үшін – елі, пошталық индексі, облысы, қаласы, ауданы, елді

      мекені, көшенің атауы, үйдің/ғимараттың (стационарлық үй-жайдың) нөмірі).

      Электрондық поштасы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Телефондары \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Факсы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Банктік шоты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (шот нөмірі, банктің атауы және орналасқан жері)

      Қызметті немесе іс-әрекеттерді (операцияларды) жүзеге асыру объектісінің мекенжайы

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (пошталық индексі, облысы, қаласы, ауданы, елді мекені, көше атауы, үй/ғимарат

      (стационарлық үй-жай) нөмірі).

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ парақта қоса беріледі.

      Осымен:

      1) көрсетілген барлық деректердің ресми байланыстар болып табылатындығы және оларға лицензияны және (немесе) лицензияға қосымшаны беру немесе беруден бас тарту мәселелері бойынша кез келген ақпаратты жіберуге болатындығы;

      2) өтініш берушіге қызметтің лицензияланатын түрімен және (немесе) кіші түрімен айналысуға сот тыйым салмайтыны;

      3) қоса берілген құжаттардың барлығы шындыққа сәйкес келетіні және жарамды болып табылатындығы расталады;

      4) өтініш беруші лицензияны және (немесе) лицензияға қосымшаны беру кезінде ақпараттық жүйелерде қамтылған, заңмен қорғалатын құпияны құрайтын қолжетімділігі шектеулі дербес деректерді пайдалануға келісімін береді;

      5) өтініш беруші Мемлекеттік корпорация қызметкерінің өтінішті электрондық цифрлық қолтаңбамен растауына келіседі (Мемлекеттік корпорация арқылы жүгінген жағдайда).

      Басшы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                  (қолы)             (тегі, аты, әкесінің аты (бар болған кезде)

      Мөр орны

      Толтыру күні: 20\_\_ жылғы "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  | "Медициналық қызметке  лицензия беру" мемлекеттік  қызметті көрсету қағидаларына 8-қосымша |
|  | Нысан |

**Жеке тұлғаның лицензияның және (немесе) лицензияға қосымшаның телнұсқасын алу үшін өтініші**

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (лицензиардың толық атауы)

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-дан/ден

      (жеке тұлғаның тегі, аты, әкесінің аты (бар болған кезде), жеке сәйкестендіру нөмірі)

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (қызмет түрін және (немесе) қызметтің кіші түрін(түрлерін) көрсету)

      жүзеге асыруға лицензияның және (немесе) лицензияға қосымшаның телнұсқасын

      беруді сұраймын.

      Жеке тұлғаның мекенжайы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (пошталық индексі, облысы, қаласы, ауданы, елді мекені, көше атауы,

      үйдің/ғимараттың нөмірі)

      Электрондық поштасы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Телефондары \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Факсы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Банк шоты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (шотының нөмірі, банктің атауы және орналасқан жері)

      Қызметті жүзеге асыру мекенжай(лар)ы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (пошталық индекс, облыс, қала, аудан, елді мекен, көше атауы, үйдің/ғимараттың

      (стационарлық үй-жайдың) нөмірі)

      \_\_\_\_\_ парақ қоса беріледі.

      Осымен:

      барлық көрсетілген мәліметтер ресми байланыс деректері болып табылатындығы және оларға лицензияны және (немесе) лицензияға қосымшаны беру немесе беруден бас тарту мәселелері бойынша кез келген ақпарат жіберілуі мүмкін екендігі;

      өтініш иесіне қызметтің лицензияланатын түрімен және (немесе) кіші түрімен айналысуға сотпен тыйым салынбағаны;

      барлық қоса беріліп отырған құжаттар шындыққа сәйкес келетіндігі және жарамды болып табылатындығы расталады.

      Осымен ақпараттық ресурстарда қамтылған, заңмен қорғалатын құпияны құрайтын мәліметтерді пайдалануға келісім беремін.

      Жеке тұлға \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                        (қолы)       (тегі, аты, әкесінің аты (бар болған кезде)

      Мөр орны (бар болған жағдайда)

      Толтыру күні: 20\_\_ жылғы "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  | "Медициналық қызметке  лицензия беру" мемлекеттік  қызметті көрсету қағидаларына 9-қосымша |
|  | Нысан |

**Заңды тұлғаның лицензияның және (немесе) лицензияға қосымшаның телнұсқасын алу үшін өтініші**

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (лицензиардың толық атауы)

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-дан/ден

                        (заңды тұлғаның толық атауы, БСН)

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (қызмет түрін және (немесе) қызметтің кіші түрін (түрлерін) көрсету)

      жүзеге асыруға лицензияның және (немесе) лицензияға қосымшаның телнұсқасын

      беруді сұраймын.

      Заңды тұлғаның мекенжайы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (пошталық индексі, облысы, қаласы, ауданы, елді мекені, көше атауы,

      үйдің/ғимараттың (стационарлық үй-жайдың) нөмірі)

      Электрондық поштасы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Телефондары \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Факсы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Банктік шоты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                        (шотының нөмірі, банктің атауы және орналасқан жері)

      Қызметті жүзеге асыру мекенжай(лар)ы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (пошталық индексі, облысы, қаласы, ауданы, елді мекені, көше атауы,

      үйдің/ғимараттың (стационарлық үй-жайдың) нөмірі)

      \_\_\_\_\_ парақ қоса беріледі.

      Осымен:

      барлық көрсетілген мәліметтер ресми байланыс деректері болып табылатындығы және оларға лицензияны және (немесе) лицензияға қосымшаны беру немесе беруден бас тарту мәселелері бойынша кез келген ақпарат жіберілуі мүмкін екендігі;

      өтініш иесіне қызметтің лицензияланатын түрімен және (немесе) кіші түрімен айналысуға сотпен тыйым салынбағаны;

      барлық қоса беріліп отырған құжаттар шындыққа сәйкес келетіндігі және жарамды болып табылатындығы расталады.

      Осымен ақпараттық ресурстарда қамтылған, заңмен қорғалатын құпияны құрайтын мәліметтерді пайдалануға келісім беремін.

      Көрсетілетін қызметті алушы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                              (қолы) (тегі, аты, әкесінің аты (бар болған кезде)

      Мөр орны (бар болған жағдайда)

      Толтыру күні: 20\_\_ жылғы "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_

© 2012. Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінің «Қазақстан Республикасының Заңнама және құқықтық ақпарат институты» ШЖҚ РМК