



ЛИЦЕНЗИЯ

17.05.2023 жылы

23011054

Медициналық қызмет айналысуға

(«Рұқсаттар және хабарламалар туралы» Қазақстан Республикасының Заңына сәйкес лицензияланатын қызмет түрінің атауы)

Қарағанды облысының денсаулық сақтау басқармасы "Абай ауданының аудандық ауруханасы"
"шауашылық жүргізу құқығындағы коммуналдық мемлекеттік кәсіпорны

100116, Қазақстан Республикасы, Қарағанды облысы, Абай ауданы, Топар к.ә., Топар к., Гиппократ көшесі, № 1 құрылыс, БСН: 000540002468 берілді

(заңды тұлғаның (соның ішінде шетелдік заңды тұлғаның) толық атауы, мекенжайы, бизнес-сәйкестендіру нөмірі, заңды тұлғаның бизнес-сәйкестендіру нөмірі болмаған жағдайда – шетелдік заңды тұлға филиалының немесе өкілдігінің бизнес-сәйкестендіру нөмірі/жеке тұлғаның толық тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), жеке сәйкестендіру нөмірі)

Ерекше шарттары

(«Рұқсаттар және хабарламалар туралы» Қазақстан Республикасы Заңының 36-бабына сәйкес)

Ескерту

Иеліктен шығарылмайтын, 1-сынып

(иеліктен шығарылатындығы, рұқсаттың класы)

Лицензиар

"Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Медициналық және фармацевтикалық бақылау комитетінің Қарағанды облысы бойынша департаменті" республикалық мемлекеттік мекемесі. Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі.

(лицензиардың толық атауы)

Басшы (уәкілетті тұлға)

Смирнова Ольга Викторовна

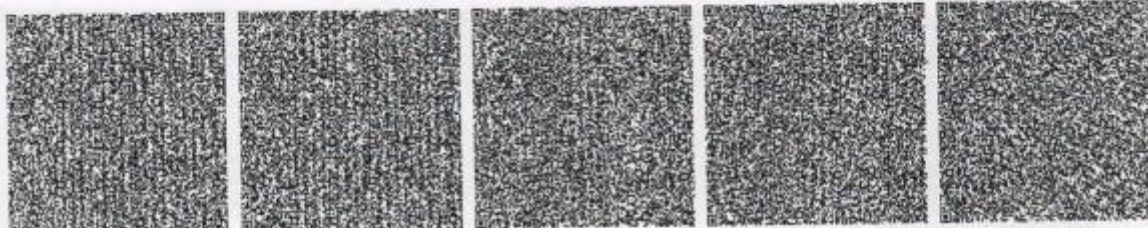
(тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда))

Алғашқы берілген күні 22.12.2010

Лицензияның
қолданылу кезеңі

Берілген жер

Қарағанды қ.



**ЛИЦЕНЗИЯ**17.05.2023 года23011054**Выдана****Коммунальное государственное предприятие на праве хозяйственного ведения "Районная больница Абайского района" управления здравоохранения Карагандинской области**100116, Республика Казахстан, Карагандинская область, Абайский район, Топарская п.а., п.Топар, улица Гишюкрата, строение № 1
БИН: 000540002468

(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/полностью фамилия, имя, отчество (в случае наличия), индивидуальный идентификационный номер физического лица)

на занятие**Медицинская деятельность**

(наименование лицензируемого вида деятельности в соответствии с Законом Республики Казахстан «О разрешениях и уведомлениях»)

Особые условия

(в соответствии со статьей 36 Закона Республики Казахстан «О разрешениях и уведомлениях»)

Примечание**Неотчуждаемая, класс 1**

(отчуждаемость, класс разрешения)

Лицензиар**Республиканское государственное учреждение "Департамент Комитета медицинского и фармацевтического контроля Министерства здравоохранения Республики Казахстан по Карагандинской области". Министерство здравоохранения Республики Казахстан.**

(полное наименование лицензиара)

**Руководитель
(уполномоченное лицо)****Смирнова Ольга Викторовна**

(фамилия, имя, отчество (в случае наличия))

Дата первичной выдачи 22.12.2010**Срок действия
лицензии****Место выдачи**г. Караганда