



ЛИЦЕНЗИЯ

26.02.2024 года

24011895

Выдана

ИП ОРУНБАСАРОВА К.К.

ИИН: 630403401998

(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

**Лицензия действительна на территории Республики Казахстан.
Срок действия лицензии не ограничен.**

(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 Мангистауской области". Министерство здравоохранения Республики Казахстан.

(полное наименование лицензиара)

Руководитель
(уполномоченное лицо)

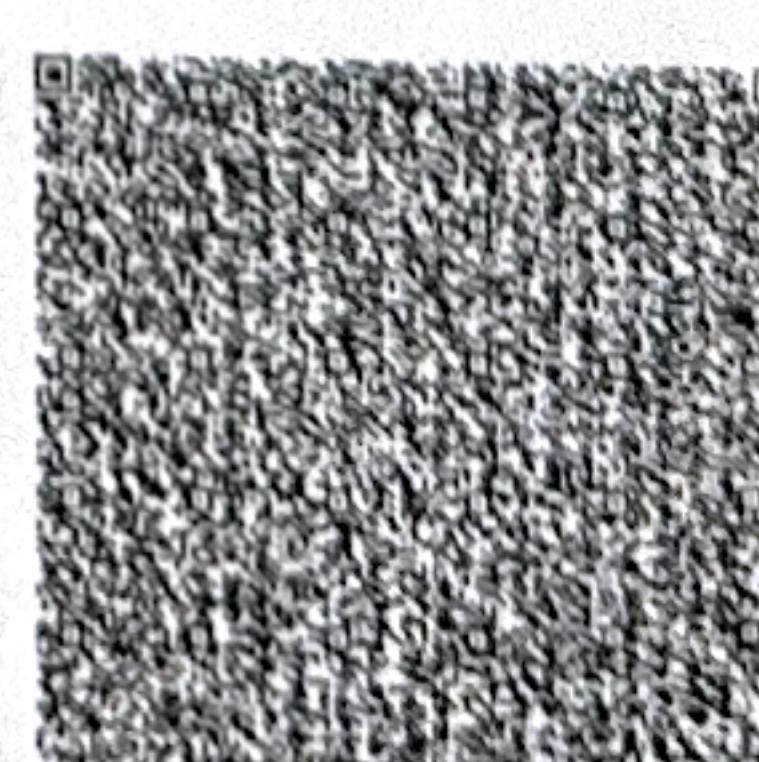
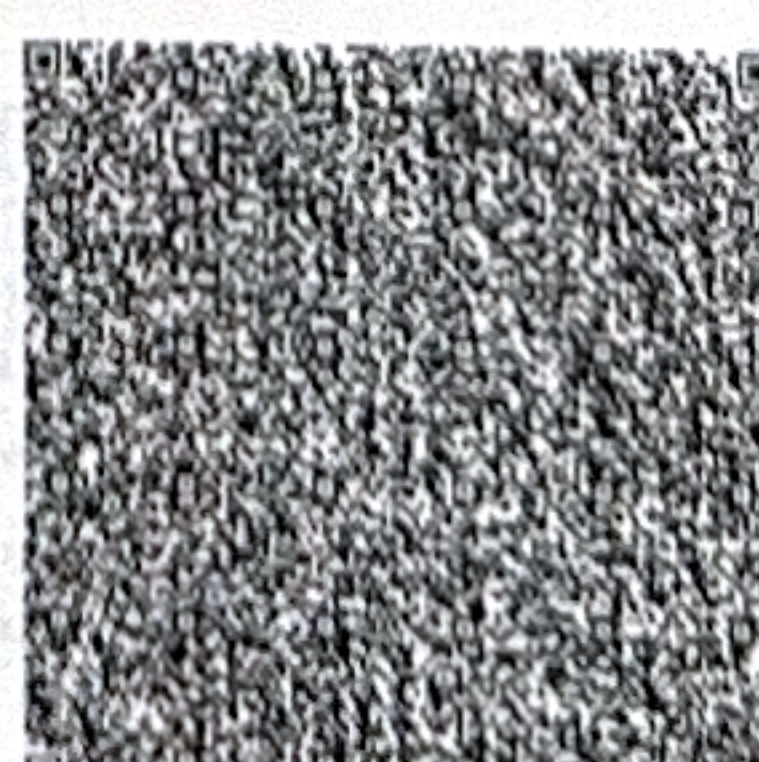
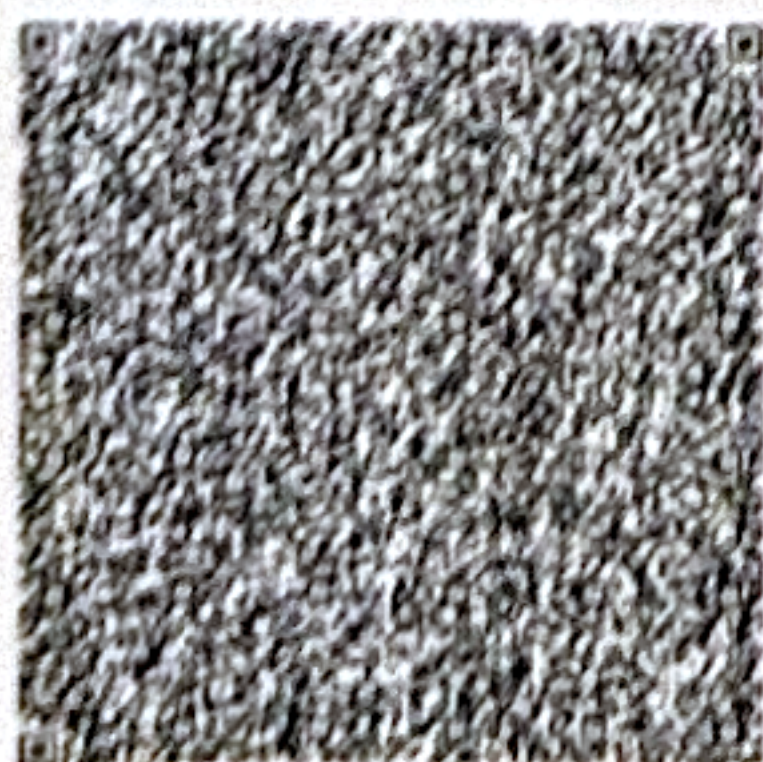
Мухамбетярова Нурсулу Аманбековна

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

Дата первичной выдачи

Срок действия
лицензии

Место выдачи



**ПРИЛОЖЕНИЕ К ЛИЦЕНЗИИ**

Номер лицензии 24011895

Дата выдачи лицензии 26.02.2024 год

Подвид(ы) лицензируемого вида деятельности

- Амбулаторно-поликлиническая помощь детскому населению по специальностям
- Первичная медико-санитарная помощь
- Доврачебная

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

Лицензиат**ИП ОРУНБАСАРОВА К.К.**

ИИН: 630403401998

(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)

Производственная база**Мангистауская область, город Актау, жилой массив Көктем, дом 2**

(местонахождение)

**Особые условия
действия лицензии****Лицензия действительна на территории Республики Казахстан. Срок действия лицензии не ограничен.**

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

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

(полное наименование органа, выдавшего приложение к лицензии)

**Руководитель
(уполномоченное лицо)****Мухамбетярова Нурсулу Аманбековна**

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

