

форма

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

**В Управление здравоохранение ЮКО**  
(полное наименование лицензиара)

От **ТОО «Естай» БИН: 170640012890.**

(полное наименование, местонахождение, бизнес-идентификационный номер юридического лица (в том числе иностранного юридического лица), бизнес-бизнес-идентификационный номер филиала или представительства иностранного юридического лица – в случае отсутствия бизнес-идентификационный номер у юридического лица) Прошу выдать лицензию и (или) приложение к лицензии на осуществление

**Первичная медико-санитарная помощь: доврачебная.**

(указать полное наименование вида деятельности и (или) подвида(ов) деятельности) на бумажном носителе \_\_\_\_\_ (поставить знак X в случае, если необходимо получить лицензию на бумажном носителе)

Адрес юридического лица:

**Республика Казахстан, Южно-Казахстанская область, город Туркестан, улица А.Усенова, здание №136.**

(почтовый индекс, страна (для иностранного юридического лица), область, город, район, населенный пункт, наименование улицы, номер дома/здания стационарного помещения )

Электронная почта: [EstaySad@bk.ru](mailto:EstaySad@bk.ru)

---

Телефоны **8-705-851-83-52**  
**8-72533-5-21-10**

Факс \_\_\_\_\_

Банковский счет \_\_\_\_\_

---

(номер счета, наименование и местонахождение банка)  
Адрес объекта осуществления деятельности или действий (операции)

**Республика Казахстан, Южно-Казахстанская область, город Туркестан, улица А.Усенова, здание №136.**

(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 судам заниматься

Приложение 2  
к стандарту 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 19:307:029:535.

2) Местоположения **Республика Казахстан, Южно-Казахстанская область, город  
Туркестан, улица А.Усенова, здание №136.**

3) Номер свидетельства о государственной регистрации  
Недвижимости №10100064064904 от 21.05.2014 г

4) Номер договора об аренде №1.

5) Дата договора об аренде 31.10.2017 г

Руководитель

Соответствующего образования согласно заявляемым подвидам медицинской деятельности:

Сведения о медицинском образовании

**Сайдинова Айна – медсестра**

- 1) Специальность по диплому: **Сестринское дело**
  - 2) Квалификация по диплому: **Медицинская сестра**
  - 3) Номер диплома: **№ 0078382**
  - 4) Серия диплома: **ОАБ**
  - 5) Полное наименование организации образования: **Туркестанский медицинский колледж**
  - 6) Год поступления: **1992 г**
  - 7) Год окончания: **1995 г**
  - 8) Сведения о нострификации диплома (при необходимости) \_нет необходимости
4. Специализация или усовершенствования и других видов повышения квалификации за последние 5 лет заявляемым подвидам медицинской деятельности:

Сведения о повышении квалификации по заявляемой специальности

- 1) Номер документа: **№ KZ36VBM00632606**
- 2) Наименование цикла: **Сестринское дело**
- 3) Полное наименование обучающей организации: **Туркестанский медицинский колледж**
- 4) Начало обучения: **05.01.2017**
- 5) Окончание обучения: **19.01.2017**
- 6) Количество часов: **108**

5. Соответствующего сертификата специалиста:

Сведения о сертификате специалиста

- 1) Наименование специальности, по которой выдан сертификат специалиста: **Сестринское дело**
  - 2) Квалификационная категория (при наличии - указать) **Высшей категорией**
  - 3) Орган, выдавший сертификат специалиста: **МЗ и СР РК, Департамент Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности по ЮКО**
- 4) Регистрационный номер: **KZ36VBM00632606**
  - 5) Дата выдачи : **11.05.2017 г.**
  - 6) Срок действия сертификата : **Свидетельство действительно постоянно.**