

**"Денсаулық сақтау саласындағы аккредиттеу қағидаларын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 21 желтоқсандағы № ҚР ДСМ-299/2020 бұйрығына өзгерістер енгізу туралы**

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2023 жылғы 2 маусымдағы № 93 бұйрығы. Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде 2023 жылғы 5 маусымда № 32699 болып тіркелді

      ЗҚАИ-ның ескертпесі!

      Осы бұйрықтың қолданысқа енгізілу тәртібін 4 т. қараңыз

      БҰЙЫРАМЫН:

      1. "Денсаулық сақтау саласындағы аккредиттеу қағидаларын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 21 желтоқсандағы № ҚР ДСМ-299/2020 бұйрығына (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізбесінде № 21852 болып тіркелген) мынадай өзгерістер енгізілсін:

      Көрсетілген бұйрыққа қосымшаға сәйкес ""Денсаулық сақтау саласындағы аккредиттеу қағидаларын бекіту туралы":

      22-1 - тармақпен толықтырылсын:

      "22-1. Көрсетілетін қызметті беруші осы Қағидаларға өзгеріс және (немесе) толықтыру енгізілген күннен бастап үш жұмыс күні ішінде оны көрсету тәртібі туралы ақпаратты өзектендіреді және ақпаратты "электрондық үкіметтің" ақпараттық-коммуникациялық инфрақұрылым операторына және бірыңғай байланыс орталығына жібереді.";

      23-тармақ мынадай редакцияда жазылсын:

      "23. Аккредиттеу туралы куәлік алу үшін білім алушылардың, кәсіптік даярлық түлектерінің және денсаулық сақтау саласындағы мамандардың білімі мен дағдыларын бағалауды жүзеге асыратын денсаулық сақтау ұйымы (бұдан әрі – бағалау бойынша ұйым) Комитетке "электрондық үкіметтің" веб-порталы арқылы жібереді www.egov.kz, www.elicense.kz немесе Комитеттің кеңсесі арқылы осы Қағидалардың 4-қосымшасына сәйкес "Білім алушылардың, кәсіптік даярлық түлектерінің және денсаулық сақтау саласындағы мамандардың білімі мен дағдыларын бағалауды жүзеге асыратын ұйымды аккредиттеу" Мемлекеттік көрсетілетін қызмет тәзбесінің (бұдан әрі –Мемлекеттік көрсетілетін қызмет Тізбесі) 8-тармағына сәйкес құжаттар тапсырады.

      Комитет тиісті мемлекеттік ақпараттық жүйелерден, сондай-ақ "электрондық үкімет" шлюзі арқылы және цифрлық құжаттар сервисінен әділет органында бағалау бойынша ұйымының мемлекеттік тіркеліу (қайта тіркеуліу) туралы мәліметтерді алады.

      24. 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 мемлекеттік көрсетілетін қызмет Тізбесінде көрсетілген.";

      26, 27 - тармақтар мынадай редакцияда жазылсын:

      "26. Мемлекеттік көрсетілетін қызмет Тізбесінің 8-тармағына сәйкес ұсынылған құжаттардың және цифрлық құжаттар сервисінен алынған мәліметтердің толықтығы құжаттар тіркелген сәттен бастап 2 (екі) жұмыс күні ішінде тексеріледі.

      Бағалау бойынша ұйым құжаттардың толық топтамасын ұсынбаған немесе осы Қағидаларға сәйкес Мемлекеттік қызмет көрсету үшін қажетті мәліметтер болмаған жағдайда, Комитет Комитет басшысының электрондық цифрлық қолтаңбасымен куәландырылған өтінішті одан әрі қараудан бас тартуды (еркін нысанда) жібереді.

      27. Құжаттар мен мәліметтердің толық топтамасын ұсынған кезде Комитет оларды 3 (үш) жұмыс күні ішінде қарайды және құжаттарды қарау нәтижелері бойынша 2 (екі) жұмыс күні ішінде ұйымның атауын, құжаттардың келіп түскен күнін, осы Қағидалардың 23-тармағына сәйкес мәліметтерді, әрбір ұсынылған құжат бойынша талдамалық ақпаратты, ұйымның аккредиттеу шарттарына сәйкестігі не сәйкес еместігі туралы, сондай-ақ Мемлекеттік көрсетілетін қызмет Тізбесінің 9-тармағында көзделген мемлекеттік қызмет көрсетуден бас тарту үшін негіздердің бар (жоқ) екендігі туралы қорытындыларды қамтитын талдамалық анықтаманы (еркін нысанда) жасайды.

      Талдамалық анықтаманың негізінде алдын ала шешім қалыптастырылады.";

      44-1 - тармақпен толықтырылсын:

      "44-1. Көрсетілетін қызметті беруші осы Қағидаларға өзгеріс және (немесе) толықтыру енгізілген күннен бастап үш жұмыс күні ішінде оны көрсету тәртібі туралы ақпаратты өзектендіреді және ақпаратты "электрондық үкіметтің" ақпараттық-коммуникациялық инфрақұрылым операторына және бірыңғай байланыс орталығына жібереді.";

      47, 48-тармақтар мынадай редакцияда жазылсын:

      "47. Қызметтердің аккредиттеу стандарттарына сәйкестігіне сыртқы кешенді бағалау негізінде медициналық ұйымдарды аккредиттеу туралы куәлікті алу үшін медициналық ұйымдар "электрондық үкіметтің" веб-порталы www.egov.kz, www.elicense.kz арқылы Комитетпен (бұдан әрі – аккредиттеуші орган) аккредиттелген ұйымға "Медициналық ұйымдар қызметінің аккредиттеу стандарттарына сәйкестігін тану мақсатында оларды аккредиттеу" мемлекеттік көрсетілетін қызмет Тізбесінің 8-тармағына сәйкес осы Қағидалардың (бұдан әрі – Тізбе) 9-қосымшасына сәйкес құжаттарды береді.

      48. 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 Тізбеде көрсетілген.";

      53-тармақ мынадай редакцияда жазылсын:

      "53. Медициналық ұйым аккредиттеуші органға Тізбенің 2-қосымшасына сәйкес нысан бойынша өтініш береді.";

      87-тармақ мынадай редакцияда жазылсын:

      "87. Мемлекеттік қызметті көрсету нәтижесі аккредиттеу туралы куәлік немесе дәлелді бас тарту (еркін нысанда) болып табылады.

      Аккредиттеу туралы куәлік Тізбенің 1-қосымшасына сәйкес нысан бойынша үш жыл мерзімге беріледі.

      ӘРПК – нің 73-бабына сәйкес мемлекеттік қызметті көрсетуден бас тарту туралы шешім қабылданғанға дейін аккредиттеуші орган мемлекеттік қызметті қарау мерзімі аяқталғанға дейін 3 (үш) жұмыс күнінен кешіктірмей медициналық ұйымға алдын ала шешім жібереді.

      Медициналық ұйым аккредиттеуші органның алдын ала шешіміне оны алған күннен бастап 2 (екі) жұмыс күнінен кешіктірілмейтін мерзімде қарсылық білдіреді немесе айтады.";

      95, 96, 97-тармақ мынадай редакцияда жазылсын:

      "95. Денсаулық сақтау субъектілері денсаулық сақтау саласындағы тәуелсіз сараптаманы жүзеге асыруға аккредиттеуден өту үшін Комитетке "электрондық үкіметтің" www.egov.kz, www.elicense.kz веб-порталы арқылы немесе Комитеттің кеңсесі арқылы осы Қағидалардың 15-қосымшасына сәйкес "Денсаулық сақтау саласындағы тәуелсіз сараптаманы жүзеге асыратын денсаулық сақтау субъектілерін аккредиттеу" мемлекеттік көрсетілетін қызмет Тізбесінің (бұдан әрі – көрсетілетін қызмет тізбесі) 8-тармағына сәйкес құжаттарды ұсынады.

      96. 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 көрсетілетін қызмет тізбесінде келтірілген.";

      99, 100-тармақ мынадай редакцияда жазылсын:

      "99. Көрсетілетін қызметтер тізбесінің 8-тармағына сәйкес ұсынылған құжаттардың және цифрлық құжаттар сервисінен алынған мәліметтердің толықтығы құжаттар тіркелген сәттен бастап екі жұмыс күні ішінде тексереді.

      Денсаулық сақтау субъектісі құжаттардың толық топтамасын ұсынбаған немесе осы Қағидаларға сәйкес мемлекеттік қызметті көрсету үшін қажетті мәліметтер болмаған жағдайда, Комитет өтінішті одан әрі қараудан бас тартуды (еркін нысанда) жібереді.

      100. Денсаулық сақтау субъектісі құжаттардың толық топтамасын ұсынған кезде Комитет оларды 3 (үш) жұмыс күні ішінде қарайды және қарау нәтижелері бойынша 2 (екі) жұмыс күні ішінде денсаулық сақтау субъектісінің атауын, құжаттардың келіп түскен күнін, осы Қағидалардың 97-тармағына сәйкес мәліметтерді, әрбір ұсынылған құжат бойынша талдамалық ақпаратты, денсаулық сақтау субъектісінің аккредиттеу шарттарына сәйкестігі не сәйкес еместігі туралы сондай-ақ көрсетілетін қызмет тізбесінің 9-тармағында көзделген мемлекеттік қызметті көрсетуден бас тарту үшін негіздердің болуы (болмауы) туралы қорытындыларды қамтитын талдамалық анықтама (еркін нысанда) жасайды.

      Талдамалық анықтаманың негізінде алдын ала шешім қалыптастырылады.";

      113-1- тармақпен толықтырылсын:

      "113-1. Көрсетілетін қызметті беруші осы Қағидаларға өзгеріс және (немесе) толықтыру енгізілген күннен бастап үш жұмыс күні ішінде оны көрсету тәртібі туралы ақпаратты өзектендіреді және ақпаратты "электрондық үкіметтің" ақпараттық-коммуникациялық инфрақұрылым операторына және бірыңғай байланыс орталығына жібереді.";

      161-тармақ мынадай редакцияда жазылсын:

      "161. КМҚ және ҚБ аккредиттеу (Комитет басшысының бұйрығын тіркеу) туралы шешім шығарылғаннан кейін 5 (бес) жыл мерзімге осы Қағидалардың 25-қосымшасына сәйкес нысан бойынша аккредиттеу туралы куәлік беріледі.";

      Көрсетілген бұйрықпен бекітілген көрсетілген қосымшаларға сәйкес денсаулық сақтау саласындағы аккредиттеу қағидаларының осы бұйрыққа қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын.

      2. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Медициналық және фармацевтикалық бақылау комитеті Қазақстан Республикасының заңнамасында белгіленген тәртіппен:

      1) осы бұйрықты Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркеуді;

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

      3) осы бұйрықты Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркегеннен кейін он жұмыс күні ішінде Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Заң департаментіне осы тармақтың 1) және 2) тармақшаларында көзделген іс-шаралардың орындалуы туралы мәліметтерді 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 алпыс күн өткен соң қолданысқа енгізіледі.

|  |  |
| --- | --- |
| *Қазақстан Республикасы*  *Денсаулық сақтау министрі* | *А. Ғиният* |

      "КЕЛІСІЛДІ"

      Қазақстан Республикасы

      Цифрлық даму, инновациялар

      және аэроғарыш өнеркәсібі

      министрлігі

      2023 жылғы " " \_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрі 2023 жылғы 2 маусымдағы № 93 бұйрығына  қосымша |
|  | Денсаулық сақтау саласындағы аккредиттеу қағидаларына  4-қосымша |

      Нысан

**"Денсаулық сақтау саласындағы білім алушылардың, кәсіптік даярлық түлектерінің және мамандардың білімі мен дағдыларын бағалауды жүзеге асыратын ұйымдарды аккредиттеу" мемлекеттік қызмет көрсетуге қойылатын негізгі талаптардың тізбесі**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Көрсетілетін қызметті берушінің атауы | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Медициналық және фармацевтикалық бақылау комитеті (бұдан әрі – Комитет) |
| 2 | Мемлекеттік қызметті ұсыну тәсілдері (қол жеткізу арналары) | 1) "электрондық үкіметтің" веб-порталы www. egov. kz www. eli cens e. kz (бұдан әрі-портал)  2) Комитеттің кеңсесі арқылы; |
| 3 | Мемлекеттік қызмет көрсету мерзімі | Өтінішті Комитетте тіркеген сәттен бастап 13 (он үш) жұмыс күні |
| 4 | Мемлекеттік қызмет көрсету нысаны | Электрондық (ішінара автоматтандырылған) және (немесе) қағаз түрінде. |
| 5 | Мемлекеттік қызметті көрсету нәтижесі | 1) осы Қағидалардың 8-қосымшаға сәйкес нысан бойынша білім алушылардың, түлектердің білімі мен дағдыларын, денсаулық сақтау саласындағы мамандардың кәсіптік даярлығын бағалауды жүзеге асыратын ұйымды аккредиттеу туралы куәлік;  2) мемлекеттік қызмет көрсетуден бас тарту (еркін нысанда) туралы дәлелді жауап |
| 6 | Мемлекеттік қызметті көрсету кезінде көрсетілетін қызметті алушыдан алынатын төлем мөлшері және Қазақстан Республикасының заңнамасында көзделген жағдайларда оны алу тәсілдері | Мемлекеттік қызмет тегін көрсетіледі |
| 7 | Көрсетілетін қызметті берушінің және ақпарат объектілерінің жұмыс кестесі | 1) портал – жөндеу жұмыстарын жүргізуге байланысты техникалық үзілістерді қоспағанда, тәулік бойы;  2) Комитеттің кеңсесі – дүйсенбіден жұмаға дейін сағат 13.00-ден 14.30-ға дейінгі түскі үзіліспен сағат 9.00-ден 18.30-ға дейін.  Көрсетілетін қызметті алушы жұмыс уақыты аяқталғаннан кейін, демалыс және мереке күндері жүгінген кезде өтініштерді қабылдау және Мемлекеттік қызмет көрсету нәтижелерін беру келесі жұмыс күні жүзеге асырылады. |
| 8 | Мемлекеттік қызмет көрсету үшін көрсетілетін қызметті алушыдан талап етілетін құжаттар мен мәліметтердің тізбесі | Білім алушылардың, кәсіптік даярлық түлектерінің және денсаулық сақтау саласындағы мамандардың білімі мен дағдыларын бағалау бойынша аккредиттеу туралы куәлікті алу үшін мынадай:  1) осы тізбенің қосымшаға сәйкес нысан бойынша өтінішті;  2) осы Қағидаларға 6-қосымшаға сәйкес нысан бойынша ұйымның мамандары туралы мәліметтерді;  3) осы Қағидалардың 7-қосымшасына сәйкес нысан бойынша аппаратура мен медициналық құрал-сайман, симуляциялық жабдықтың болуы туралы мәліметтерді;  4) осы Қағидалардың 5-қосымшасына сәйкес нысан бойынша білім алушылардың, кәсіптік даярлық түлектерінің және денсаулық сақтау саласындағы мамандардың білімі мен дағдыларын бағалауды жүзеге асыратын ұйымның аккредиттеу туралы куәлікті алуға арналған шарттарда көзделген құжаттарды ұсынады.  Бағалау бойынша ұйым портал арқылы жүгінген кезде құжаттар құжаттардың электрондық көшірмелері түрінде беріледі.  Бағалау бойынша ұйым Комитеттің кеңсесі арқылы жүгінген кезде салыстырып тексеру үшін түпнұсқаларын ұсына отырып, құжаттар көшірмелерде не электрондық көшірмелерде электрондық поштаға беріледі kmfk@ dsm. gov. kz немесе ықшам дискіде (оптикалық ақпарат тасымалдаушысы). |
| 9 | Қазақстан Республикасының заңнамасында белгіленген мемлекеттік қызмет көрсетуден бас тарту үшін негіздер | 1) көрсетілетін қызметті алушыға қатысты қызметке немесе жекелеген қызмет түрлеріне тыйым салу туралы сот шешімінің заңды күшіне енуі;  2) көрсетілетін қызмет алушыға қатысты соттың заңды күшіне енген шешімнің болуы, оның негізінде көрсетілетін қызметті алушы мемлекеттік көрсетілетін қызметті алуға байланысты арнайы құқығынан айырылуы;  3) ұсынылған құжаттардың және (немесе) олардағы деректердің (мәліметтердің) анық еместігін анықтау;  4) көрсетілетін қызметті алушының және (немесе) мемлекеттік қызметті көрсету үшін қажетті ұсынылған материалдардың, объектілердің, деректер мен мәліметтердің осы Қағидаларда белгіленген талаптарға сәйкес келмеуі; |
| 10 | Мемлекеттік, оның ішінде электрондық нысанда және Мемлекеттік корпорация арқылы көрсетілетін қызметті көрсету ерекшеліктері ескеріле отырып қойылатын өзге де талаптар | 1. Көрсетілетін қызметті алушының мемлекеттік қызмет көрсету тәртібі мен мәртебесі туралы ақпаратты қашықтықтан қол жеткізу режимінде порталда "жеке кабинеті", сондай-ақ Бірыңғай байланыс орталығы арқылы алуға мүмкіндігі бар.  2. Көрсетілетін қызметті алушы ЭЦҚ болған жағдайда Мемлекеттік көрсетілетін қызметті портал арқылы электрондық нысанда алады.  3. Мемлекеттік қызмет көрсету мәселелері жөніндегі анықтамалық қызметтердің байланыс телефондары Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Медициналық және фармацевтикалық бақылау комитетінің kmfk@ dsm. gov. kz интернет-ресурсында көрсетілген.  4. Дене мүмкіндіктері шектеулі адамдар үшін пандус, шақыру түймесі, Зағиптар мен нашар көретіндерге арналған тактильді жол, күту залы, құжаттар үлгілері бар тағандар болуы тиіс.  5. Мемлекеттік қызметтер көрсету мәселелері жөніндегі бірыңғай байланыс орталығының телефон нөмірлері-1414, 8-800-080-7777 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | "Денсаулық сақтау саласындағы білім алушылардың, кәсіптік даярлық түлектерінің және мамандардың білімі мен дағдыларын бағалауды жүзеге асыратын ұйымдарды аккредиттеу" мемлекеттік көрсетілетін қызмет тізбесіне қосымша |

      Нысан

|  |  |
| --- | --- |
|  | Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау Министрлігінің Медициналық және фармацевтикалық бақылау комитетінің Төрағасына \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Тегі, Аты, Әкесінің аты (бар болса) |

**Өтініш**

      Білім алушылардың, кәсіптік даярлық түлектері мен денсаулық сақтау саласындағы мамандардың білімі мен дағдыларын бағалау жөніндегі қызметті жүзеге асыруға аккредиттеуді сұраймын \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (заңды тұлғаның толық атауы)

      Ұйым туралы мәліметтер:

      1. Меншік нысаны \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      2. Құрылған жылы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      3. Мемлекеттік тіркеу (қайта тіркеу) туралы куәлік (анықтама)

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

      (№ , кім және қашан берді)

      4. Мекен жайы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (индекс, қала, аудан, облыс, көше, үйдің №, телефон, факс)

      5. Есеп айырысу шоты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (шот №, банктің атауы және орналасқан жері)

      6. Филиалдар, өкілдіктер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (орналасқан жері мен деректемелері)

      7. Қоса берілген құжаттар \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (тізімдеме)

      8. Қоса берілген құжаттар \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (тізімдеме)

      Аккредиттеуден кейінгі мониторинг жүргізуге келісім беремін.

      Аккредиттеуден өту үшін қажетті дербес деректерді жинауға және өңдеуге келісім беремін.

      Осы өтінішке қол қоя отырып, осы өтініште және қоса берілген құжаттарда баяндалған мәліметтердің шынайылығы мен анықтығы үшін толық жауапты боламын.

      Ұйым басшысы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (қолы) тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)

      Өтініш қарауға қабылданды "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ж.

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ аккредиттеуші органның жауапты

      адамының тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) қолы \_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  | Денсаулық сақтау саласындағы аккредиттеу қағидаларына 9-қосымша |

**"Медициналық ұйымдар қызметінің аккредиттеу стандарттарына сәйкестігін тану мақсатында оларды аккредиттеу" мемлекеттік көрсетілетін қызмет тізбесі**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Көрсетілетін қызметті берушінің атауы | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Медициналық және фармацевтикалық бақылау комитеті (бұдан әрі – аккредиттеуші орган) аккредиттеген ұйым) |
| 2 | Мемлекеттік қызметті ұсыну тәсілдері (қол жеткізу арналары) | "Электрондық үкіметтің" www. egov. kz www. elicense.kz Веб-порталы (бұдан әрі-портал) |
| 3 | Мемлекеттік қызмет көрсету мерзімі | Аккредиттеуші орган өтінішті тіркеген күннен бастап 27 (жиырма жеті) жұмыс күні |
| 4 | Мемлекеттік қызмет көрсету нысаны | Электрондық (ішінара автоматтандырылған). |
| 5 | Мемлекеттік қызметті көрсету нәтижесі | 1) осы Тізбедегі 1-қосымшаға сәйкес нысан бойынша Медициналық ұйымдарды аккредиттеуді жүзеге асыру бойынша аккредиттеу туралы куәлік;  2) мемлекеттік қызмет көрсетуден дәлелді бас тарту (еркін нысанда) |
| 6 | Мемлекеттік қызметті көрсету кезінде көрсетілетін қызметті алушыдан алынатын төлем мөлшері және Қазақстан Республикасының заңнамасында көзделген жағдайларда оны алу тәсілдері | Мемлекеттік қызмет ақылы көрсетіледі.  Қызметтердің құны аккредиттеуші органның ресми сайтында орналастырылады. |
| 7 | Көрсетілетін қызметті берушінің және ақпарат объектілерінің жұмыс кестесі | 1) портал-жөндеу жұмыстарын жүргізуге байланысты техникалық үзілістерді қоспағанда, тәулік бойы;  2) аккредиттеуші органның жұмыс кестесі - дүйсенбіден жұмаға дейін сағат 13.00-ден 14.00-ға дейінгі түскі үзіліспен сағат 9.00-ден 18.00-ға дейін.  Көрсетілетін қызметті алушы жұмыс уақыты аяқталғаннан кейін, демалыс және мереке күндері жүгінген кезде өтініштерді қабылдау және мемлекеттік қызмет көрсету нәтижелерін беру келесі жұмыс күні жүзеге асырылады. |
| 8 | Мемлекеттік қызмет көрсету үшін көрсетілетін қызметті алушыдан талап етілетін құжаттар мен мәліметтердің тізбесі | Тізбенің 2-қосымшасына сәйкес нысан бойынша аккредиттеу стандарттарына сәйкестігіне сыртқы кешенді бағалаудан өтуге өтініш. |
| 9 | Қазақстан Республикасының заңнамасында белгіленген мемлекеттік қызмет көрсетуден бас тарту үшін негіздер | 1) ұсынылған құжаттардың және (немесе) олардағы деректердің (мәліметтердің) анық еместігін анықтау;  2) көрсетілетін қызметті алушының және (немесе) мемлекеттік қызметті көрсету үшін қажетті ұсынылған материалдардың, объектілердің, деректер мен мәліметтердің осы Қағидаларда белгіленген талаптарға сәйкес келмеуі;  3) аккредиттеуші органның медициналық ұйымның аккредиттеу саласындағы стандарттарға және денсаулық сақтаудағы сапа жөніндегі халықаралық ұйым мақұлдаған аккредиттеу критерийлеріне сәйкес еместігі туралы шешімі. |
| 10 | Мемлекеттік, оның ішінде электрондық нысанда және Мемлекеттік корпорация арқылы көрсетілетін қызметті көрсету ерекшеліктері ескеріле отырып қойылатын өзге де талаптар | 1. Көрсетілетін қызметті алушының мемлекеттік қызмет көрсету тәртібі мен мәртебесі туралы ақпаратты қашықтықтан қол жеткізу режимінде порталда "жеке кабинеті", сондай-ақ Бірыңғай байланыс орталығы арқылы алуға мүмкіндігі бар.  2. Көрсетілетін қызметті алушы ЭЦҚ болған жағдайда Мемлекеттік көрсетілетін қызметті портал арқылы электрондық нысанда алады.  3. Мемлекеттік қызмет көрсету мәселелері жөніндегі анықтамалық қызметтердің байланыс телефондары Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Медициналық және фармацевтикалық бақылау комитетінің kmfk@ dsm. gov. kz интернет-ресурсында көрсетілген.  4. Дене мүмкіндіктері шектеулі адамдар үшін пандус, шақыру түймесі, Зағиптар мен нашар көретіндерге арналған тактильді жол, күту залы, құжаттар үлгілері бар тағандар болуы тиіс.  5. Мемлекеттік қызметтер көрсету мәселелері жөніндегі бірыңғай байланыс орталығының телефон нөмірлері-1414, 8-800-080-7777 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Мемлекеттік көрсетілетін қызмет тізбесіне "Медициналық ұйымдарды аккредиттеу  олардың сәйкестігін тану  мақсатында аккредиттеу  стандарттары" 1-қосымша |

      Нысан

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

**(ұйымның атауы)**

**Медициналық ұйымды аккредиттеу туралы куәлік**

      Қазақстан Республикасы "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Кодексінің 25-бабының, сыртқы кешенді бағалау нәтижелерінің негізінде медициналық ұйым

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

      (Медициналық ұйымның толық атауы)

      Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау саласындағы аккредиттеу стандарттарына/критерийлеріне сәйкестігіне 3 (үш) жыл мерзімге аккредиттелген деп танылады.

      Бұйрық қоса беріледі және куәліктің ажарамас бөлігі болып табылады.

      Ұйым басшысы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тегі, аты, әкесінің аты (болған кезде)

      Қолы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Мөр орны

      Куәліктің берілген күні "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_жыл

      Тіркеу № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Қаласы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  | Мемлекеттік көрсетілетін қызмет тізбесіне "Медициналық ұйымдарды аккредиттеу  олардың сәйкестігін тану  мақсатында аккредиттеу  стандарттары" 2-қосымша |

      Нысан

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ -ге (денсаулық сақтау саласындағы аккредиттеу жөніндегі органның толық атауы) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ -ден (медициналық ұйымның толық атауы) |

**Аккредиттеу стандарттарына/критерийлеріне сәйкестігіне сыртқы кешенді бағалаудан өтуге өтініш**

      Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау саласындағы аккредиттеу стандарттарына/критерийлеріне сәйкестігіне сыртқы кешенді бағалау жүргізуді сұраймын, в 20\_\_\_\_\_\_ж., қолайлы айда \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ саны \_\_\_\_\_\_\_\_\_: аккредиттеу мақсатында.

      Ұйым туралы мәліметтер:

      1. Бизнес сәйкестендіру нөмірі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      2. Меншік нысаны \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      3. Құрылған жылы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      4. Медициналық қызметке және (немесе) фармацевтикалық қызметке лицензияның нөмірі, берілген күні, сериясы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      5. Мемлекеттік (есептік) тіркеу туралы куәлік

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

      (қайта тіркеу) (анықтама) (№, сериясы, кім және қашан берді, заңды тұлға мәртебесі)

      6. Есеп айырысу шоты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (шот №, банктің атауы және орналасқан жері)

      7. Медициналық қызмет түрі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (көрсетілетін қызметтердің түрлерін, бейіндерін көрсету)

      8. Ұйымдық құрылым (оның ішінде жеке ғимаратта орналасқан құрылымдық бөлімшелер, филиалдар, өкілдіктер және объектілер) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (бөлімшелерді, оның ішінде қуатын, орналасқан жерін және деректемелерін көрсете отырып, жеке ғимаратта орналасқан бөлімшелерді атап көрсету)

      1) стационар төсек-орындарының саны: \_\_\_ төсек-орын және/немесе амбулаториялық-емханалық ұйымның/бөлімшенің ауысымына \_\_\_ келу қуаты

      2) бекітілген халық саны \_\_\_\_;

      3) орташа науқастардың 12 ай бойы стационарда емделген пациенттер және/немесе адам қабылдайтын емханада барлығы 12 ай ішінде бару саны: \_\_\_;

      4) штат бірліктерінің жалпы саны: \_\_\_, оның ішінде жұмыспен қамтылғандар: \_\_, бос орындар: \_\_

      5) аутсорсингке берілген/қосалқы мердігерлік ұйымдар орындайтын қызметтерді санамалау: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      9. Өзін-өзі бағалау бойынша деректерді енгізуге жауапты тұлға:

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

      (Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), ЖСН, атқаратын лауазымы)

      Байланыс телефоны және электрондық мекенжайы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      10. Медициналық ұйымның мекенжайы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (пошта индексі, қала, аудан, облыс, көше, үйдің№, коды көрсетілген телефон, факс)

      11. Медициналық ұйымдардың электрондық мекенжайы және веб-сайтқа сілтеме (бар болса):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Аккредиттеуден кейінгі мониторинг жүргізуге келісім беремін.

      Аккредиттеуден өту үшін қажетті дербес деректерді жинауға және өңдеуге келісім беремін.

      Осы өтінішке қол қоя отырып, осы өтініште және қоса берілген құжаттарда баяндалған мәліметтердің шынайылығы мен дұрыстығы үшін толық жауапты боламын.

      Ұйым басшысы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (қолы) тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)

      Өтініш қарауға қабылданды 20\_\_\_ жылғы "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ аккредиттеуші органның жауапты адамының тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)

      қолы \_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  | Денсаулық сақтау саласындағы аккредиттеу қағидаларына 15-қосымша |

      Нысан

**Мемлекеттік көрсетілетін қызмет тізбесі "Денсаулық сақтау саласында тәуелсіз сараптаманы жүзеге асыратын денсаулық сақтау субъектілерін аккредиттеу"**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Көрсетілетін қызметті берушінің атауы | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Медициналық және фармацевтикалық бақылау комитеті (бұдан әрі – Комитет) |
| 2. | Мемлекеттік қызметті ұсыну тәсілдері (қол жеткізу арналары) | 1) "электрондық үкіметтің" веб-порталы www. egov. kz www. eli cens e. kz (бұдан әрі-портал)  2) Комитеттің кеңсесі арқылы; |
| 3. | Мемлекеттік қызмет көрсету мерзімі | Өтінішті Комитетте тіркеген сәттен бастап 13 (он үш) жұмыс күні |
| 4. | Мемлекеттік қызмет көрсету нысаны | Электрондық (ішінара автоматтандырылған)/қағаз түрінде |
| 5. | Мемлекеттік қызметті көрсету нәтижесі | 1) осы Қағидалардың 18-қосымшасына сәйкес нысан бойынша денсаулық сақтау саласында тәуелсіз сараптаманы жүзеге асыруға аккредиттеу туралы куәлік;  2) мемлекеттік қызмет көрсетуден дәлелді бас тарту (еркін нысанда) |
| 6. | Мемлекеттік қызметті көрсету кезінде көрсетілетін қызметті алушыдан алынатын төлем мөлшері және Қазақстан Республикасының заңнамасында көзделген жағдайларда оны алу тәсілдері | Мемлекеттік қызмет тегін көрсетіледі |
| 7. | Көрсетілетін қызметті берушінің және ақпарат объектілерінің жұмыс кестесі | 1) портал-жөндеу жұмыстарын жүргізуге байланысты техникалық үзілістерді қоспағанда, тәулік бойы (көрсетілетін қызметті алушы жүгінген кезде).  2) Комитет кеңсесі - дүйсенбіден жұмаға дейін сағат 13.00-ден 14.30-ға дейінгі түскі үзіліспен сағат 9.00-ден 18.30-ға дейін.  Қазақстан Республикасының еңбек заңнамасына сәйкес жұмыс уақыты аяқталғаннан кейін, демалыс және мереке күндері жүгінген жағдайда, өтінішті қабылдау және құжаттарды тіркеу келесі жұмыс күні жүзеге асырылады. |
| 8. | Мемлекеттік қызмет көрсету үшін көрсетілетін қызметті алушыдан талап етілетін құжаттар мен мәліметтердің тізбесі | Денсаулық сақтау саласындағы тәуелсіз сараптаманы жүзеге асыруға аккредиттеу туралы куәлікті алу үшін мынадай:  1) осы тізбенің 1-қосымшасына сәйкес нысан бойынша өтінішті;  2) осы Қағидалардың 16-қосымшасына сәйкес нысан бойынша денсаулық сақтау саласында тәуелсіз сараптаманы жүзеге асыруға аккредиттеу туралы куәлікті алуға арналған шарттарда көзделген құжаттарды ұсынады.  3) осы Қағидалардың 17-қосымшасына сәйкес нысан бойынша ұйымның мамандары туралы мәлімет  Денсаулық сақтау субъектісі портал арқылы жүгінген кезде құжаттар электрондық көшірмелері түрінде беріледі.  Денсаулық сақтау субъектісі Комитет кеңсесі арқылы жүгінген кезде салыстырып тексеру үшін түпнұсқаларын ұсына отырып, құжаттар көшірмелерде не электрондық көшірмелерде электрондық поштаға kmfk@ dsm. gov. kz немесе ықшам дискіде (оптикалық ақпарат тасымалдаушысы) беріледі. |
| 9. | Қазақстан Республикасының заңнамасында белгіленген мемлекеттік қызмет көрсетуден бас тарту үшін негіздер | 1) көрсетілетін қызметті алушыға қатысты қызметке немесе жекелеген қызмет түрлеріне тыйым салу туралы сот шешімінің заңды күшіне енуі;  2) ұсынылған құжаттардың және (немесе) олардағы деректердің (мәліметтердің) анық еместігін анықтау;  3) көрсетілетін қызметті алушының және (немесе) мемлекеттік қызметті көрсету үшін қажетті ұсынылған материалдардың, объектілердің, деректер мен мәліметтердің осы Қағидаларда белгіленген талаптарға сәйкес келмеуі;  4) "Мемлекеттік сатып алу туралы" Қазақстан Республикасы Заңының 12-бабына сәйкес қалыптастырылатын мемлекеттік сатып алуға жосықсыз қатысушылардың тізіліміне енгізу. |
| 10 | Мемлекеттік, оның ішінде электрондық нысанда және Мемлекеттік корпорация арқылы көрсетілетін қызметті көрсету ерекшеліктері ескеріле отырып қойылатын өзге де талаптар | 1. Көрсетілетін қызметті алушының мемлекеттік қызмет көрсету тәртібі мен мәртебесі туралы ақпаратты қашықтықтан қол жеткізу режимінде порталда "жеке кабинеті", сондай-ақ Бірыңғай байланыс орталығы арқылы алуға мүмкіндігі бар.  2. Көрсетілетін қызметті алушы ЭЦҚ болған жағдайда Мемлекеттік көрсетілетін қызметті портал арқылы электрондық нысанда алады.  3. Мемлекеттік қызмет көрсету мәселелері жөніндегі анықтамалық қызметтердің байланыс телефондары Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Медициналық және фармацевтикалық бақылау комитетінің kmfk@ dsm. gov. kz интернет-ресурсында көрсетілген.  4. Дене мүмкіндіктері шектеулі адамдар үшін пандус, шақыру түймесі, Зағиптар мен нашар көретіндерге арналған тактильді жол, күту залы, құжаттар үлгілері бар тағандар болуы тиіс.  5. Мемлекеттік қызметтер көрсету мәселелері жөніндегі бірыңғай байланыс орталығының телефон нөмірлері-1414, 8-800-080-7777 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Мемлекеттік көрсетілетін қызмет стандартына "Денсаулық сақтау саласында тәуелсіз сараптаманы жүзеге асыратын денсаулық сақтау субъектілерін аккредиттеу"  1-қосымша |

      Нысан

|  |  |
| --- | --- |
|  | Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігінің медицина және фармацевтикалық бақылау Комитетінің төрағасы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Тегі, Аты, Әкесінің аты (болған кезде) |

**Денсаулық сақтау саласында тәуелсіз сараптама жүргізу жөніндегі қызметті жүзеге асыруға өтініш**

      Денсаулық сақтау саласында тәуелсіз сараптама жүргізу жөніндегі қызметті жүзеге асыруға аккредиттеуді сұраймын \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                              (полное наименование юридического лица)

      Ұйым туралы мәліметтер:

      1. Меншік нысаны \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      2. Құрылған жылы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      3. Мемлекеттік тіркеу (қайта тіркеу) туралы куәлік (анықтама)

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

                              (№ , кім және қашан берді)

      4. Мекен жайы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (индекс, қала, аудан, облыс, көше, үйдің№, телефон, факс)

      5. Есеп айырысу шоты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (индекс, қала, аудан, облыс, көше, үйдің№, телефон, факс)

      6. Филиалдары, өкілдіктері \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (шот№, банктің атауы және орналасқан жері)

      7. Қоса беріліп отырған құжаттар \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Аккредиттеуден кейінгі мониторинг жүргізуге келісім беремін;

      Аккредиттеуден өту үшін қажетті дербес деректерді жинауға және өңдеуге келісім беремін;

      Осы өтінішке қол қоя отырып, түпнұсқалығы үшін толық жауап беремін және осы өтініште және қоса берілген құжаттарда баяндалған мәліметтердің дұрыстығы тексеріледі.

      Ұйым басшысы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (қолы) тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)

      Өтініш қарауға қабылданды "\_\_\_"\_20\_\_\_ж.

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ аккредиттеуші органның жауапты адамының тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) қолы \_\_\_\_\_\_\_\_\_

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