

**Об утверждении квалификационных требований, предъявляемых к медицинской и фармацевтической деятельности**

***Утративший силу***

Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 23 января 2015 года № 27. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 1 апреля 2015 года № 10600. Утратил силу приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 22 октября 2020 года № ҚР ДСМ-148/2020.

      Сноска. Утратил силу приказом Министра здравоохранения РК от 22.10.2020 № ҚР ДСМ-148/2020 (вводится в действие по истечении двадцати одного календарного дня после дня его первого официального опубликования).

      В соответствии с подпунктом 74) пункта 1 статьи 7 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения", **ПРИКАЗЫВАЮ**:

      1. Утвердить прилагаемые квалификационные требования, предъявляемые к медицинской и фармацевтической деятельности.

      2. Комитету контроля медицинской и фармацевтической деятельности обеспечить:

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

      2) в течение десяти календарных дней после государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан направление на официальное опубликование в периодических печатных изданиях и информационно-правовой системе "Әділет";

      3) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан.

      3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на вице-министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан Цой А.В.

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

|  |  |
| --- | --- |
| Министр | Т. Дуйсенова |
| здравоохранения |  |
| и социального развития |  |
| Республики Казахстан |  |

      СОГЛАСОВАНО

      Министра по инвестициям

      и развитию

      Республики Казахстан

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ А. Исекешев

      25 февраля 2015 года

      СОГЛАСОВАНО

      Министр национальной

      экономики

      Республики Казахстан

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Е. Досаев

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 года

|  |  |
| --- | --- |
|  | Утверждены приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 23 января 2015 года № 27 |

**Квалификационные требования, предъявляемые**  
**к медицинской и фармацевтической деятельности**

      Сноска. Квалификационные требования в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 14.12.2018 № ҚР ДСМ-41 (вводится в действие по истечении двадцати одного календарного дня после дня их первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 10.04.2019 № ҚР ДСМ-25 (вводится в действие по истечении двадцати одного календарного дня после дня их первого официального опубликования).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Квалификационные требования включают наличие: | Сведения о соответствии квалификационным требованиям | Примечание |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Для медицинской деятельности | | | |
| 1. | для юридических и физических лиц - помещения или здания на праве собственности или договора аренды или доверительного управления государственным имуществом, соответствующего стандартам организации оказания медицинской помощи профильных служб по заявляемым подвидам медицинской деятельности | сведения о соответствии квалификационным требованиям, предъявляемым при лицензировании медицинской деятельности, по форме согласно приложению 1 к настоящим квалификационным требованиям | Сведения о документах, удостоверяющих право собственности услугодатель получает из Государственной базы данных "Регистр недвижимости", интегрированной с государственной базой данных "Е-лицензирование", за исключением договоров аренды или доверительного управления государственным имуществом, заключенных на срок менее одного года, которые предоставляют электронную копию документа |
| 2. | для юридических и физических лиц -медицинского и (или) специального оборудования, аппаратуры и инструментария, приборов, мебели, инвентаря, транспортных и других средств (при необходимости), согласно заявляемым подвидам медицинской деятельности | сведения о соответствии квалификационным требованиям, предъявляемым при лицензировании медицинской деятельности, по форме согласно приложению 1 к настоящим квалификационным требованиям |  |
| 3. | для физических лиц - соответствующего образования согласно заявляемым подвидам медицинской деятельности | сведения о соответствии квалификационным требованиям, предъявляемым при лицензировании медицинской деятельности, по форме согласно приложению 1 к настоящим квалификационным требованиям | Сведения о высшем (сведения с 2015 года) или среднем медицинском образовании, услугодатель получает из информационной системы Министерства образования и науки Республики Казахстан, за исключением лиц окончивших до 2015 года, а также лица окончивших за пределами территории Республики Казахстан, которые предоставляют копию документа об образовании |
| 4. | для физических лиц -специализации или усовершенствования и других видов повышения квалификации за последние 5 лет по заявляемым подвидам медицинской деятельности | сведения о соответствии квалификационным требованиям, предъявляемым при лицензировании медицинской деятельности, по форме согласно приложению 1 к настоящим квалификационным требованиям |  |
| 5. | для физических лиц - соответствующего сертификата специалиста, за исключением специалистов санитарно-эпидемиологического профиля | сведения о соответствии квалификационным требованиям, предъявляемым при лицензировании медицинской деятельности, по форме согласно приложению 1 к настоящим квалификационным требованиям | Сведения о сертификате специалиста услугодатель получает из государственной базы данных "Е-лицензирование", за исключением лиц, получивших до 2014 года, которые предоставляют копию сертификата специалиста |
| 6. | для юридических лиц - штат медицинских работников, который подтверждается сведениями о медицинских работниках, согласно приложению 1 к настоящим квалификационным требованиям | сведения о соответствии квалификационным требованиям, предъявляемым при лицензировании медицинской деятельности, по форме согласно приложению 1 к настоящим квалификационным требованиям |  |
| 7. | для физических лиц -стажа работы по специальности не менее 5 лет по заявляемым подвидам медицинской деятельности | сведения о соответствии квалификационным требованиям, предъявляемым при лицензировании медицинской деятельности, по форме согласно приложению 1 к настоящим квалификационным требованиям | сведения о профилях работников и учета трудовых договоров специалиста (при их наличии), услугодатель получает из информационной системы Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан |
| Для фармацевтической деятельности | | | |
| 1. | для юридических и физических лиц -помещения или здания на праве собственности или аренды или доверительного управления государственным имуществом, соответствующего требованиям нормативно-правовых актов в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения | сведения о соответствии квалификационным требованиям, предъявляемым при лицензировании фармацевтической деятельности, по форме согласно приложению 2 к настоящим квалификационным требованиям | Сведения о документах, удостоверяющих право собственности услугодатель получает из Государственной базы данных "Регистр недвижимости", интегрированной с государственной базой данных "Е-лицензирование", за исключением договоров аренды или доверительного управления государственным имуществом, заключенных на срок менее одного года, которые предоставляют электронную копию документа |
| 2. | для юридических и физических лиц - оборудования и мебели, инвентаря, приборов и аппаратуры для обеспечения контроля качества и соблюдения условий производства, изготовления, хранения и реализации лекарственных средств и медицинских изделий в соответствии с нормативными правовыми актами; автомобильного транспортного средства с соответствующими шкафами и холодильным и другим оборудованием при необходимости, обеспечивающими соблюдение условий хранения и реализации лекарственных средств и медицинских изделий для передвижного аптечного пункта для отдаленных сельских местностей | сведения о соответствии квалификационным требованиям, предъявляемым при лицензировании фармацевтической деятельности, по форме согласно приложению 2 к настоящим квалификационным требованиям |  |
| 3. | для юридических лиц - штат работников, который подтверждается сведениями о специалистах | сведения о соответствии квалификационным требованиям, предъявляемым при лицензировании фармацевтической деятельности, по форме согласно приложению 2 к настоящим квалификационным требованиям |  |
| 4. | для юридических лиц - соответствующего образования и стажа работы по специальности согласно заявляемым подвидам фармацевтической деятельности:  1) для организаций по производству лекарственных средств и медицинских изделий:  - высшего фармацевтического или химико-технологического, химического образования и стажа работы по специальности не менее трех лет у руководителей подразделений, непосредственно занятых на производстве лекарственных средств и медицинских изделий, или технического у руководителей подразделений, непосредственно занятых на производстве медицинских изделий;   - высшего фармацевтического или химического, биологического образования у работников, осуществляющих контроль качества лекарственных средств и медицинских изделий, или технического у работников, осуществляющих контроль качества медицинских изделий;   - технического образования у специалиста по обслуживанию оборудования, используемого в технологическом процессе производства лекарственных средств и медицинских изделий;   2) для организаций в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий, осуществляющих изготовление лекарственных препаратов (далее - аптека, осуществляющая изготовление лекарственных препаратов):   - высшего фармацевтического образования и стажа работы не менее трех лет по специальности у руководителя аптекой, осуществляющей изготовление лекарственных препаратов, и ее производственных отделов, а также работников, осуществляющих контроль качества лекарственных препаратов и медицинских изделий;   - высшего или среднего фармацевтического образования у работников, осуществляющих непосредственное изготовление лекарственных препаратов и отпуск изготовленных лекарственных препаратов;  - среднего фармацевтического образования и стажа работы не менее трех лет работы у руководителя аптекой и ее производственных отделов при отсутствии специалистов с высшим фармацевтическим образованием в районном центре и сельской местности;  3) для аптек:  - высшего или среднего фармацевтического образования (стаж работы по специальности не менее трех лет) у руководителя аптекой или ее отделов;  - высшего или среднего фармацевтического образования у специалистов, осуществляющих реализацию лекарственных средств и медицинских изделий;  - при реализации лекарственных средств через интернет наличие транспорта на праве собственности или аренды для осуществления доставки способом, не допускающим изменения их свойств в процессе хранения и транспортировки;   4) для аптечного пункта в организациях здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную, консультативно-диагностическую помощь (далее - аптечный пункт):  - высшего или среднего фармацевтического образования (стаж работы по специальности не менее трех лет) у заведующего аптечным пунктом, а также работников, осуществляющих реализацию лекарственных средств и медицинских изделий. В аптечных пунктах для отдаленных сельских местностей, где отсутствуют аптеки, в случае отсутствия специалистов с фармацевтическим образованием, реализацию лекарственных средств и медицинских изделий осуществляют специалисты с медицинским образованием, аттестованные в порядке, определенном уполномоченным органом в области здравоохранения;  5) для аптечного склада:  - высшего фармацевтического образования и стажа работы не менее трех лет у руководителя аптечного склада и работника, осуществляющего реализацию лекарственных средств и медицинских изделий;   - высшего или среднего фармацевтического образования у руководителей отделов аптечного склада и работников, осуществляющих приемку, хранение и отпуск лекарственных средств и медицинских изделий;   6) для передвижного аптечного пункта для отдаленных сельских местностей (далее - передвижной аптечный пункт), где отсутствуют аптеки:  - высшего или среднего фармацевтического образования у заведующего передвижным аптечным пунктом, а также работников, осуществляющих реализацию лекарственных средств и медицинских изделий. В случае отсутствия специалистов с фармацевтическим образованием, реализацию лекарственных средств и медицинских изделий в передвижных аптечных пунктах осуществляют специалисты с медицинским образованием, аттестованные в порядке, определенном уполномоченным органом в области здравоохранения;  7) для изготовления медицинских изделий:   - высшего или среднего фармацевтического, медицинского или технического образования | сведения о соответствии квалификационным требованиям, предъявляемым при лицензировании фармацевтической деятельности, по форме согласно приложению 2 к настоящим квалификационным требованиям | Сведения о высшем или среднем фармацевтическом образовании услугодатель получает из информационной системы Министерства образования и науки Республики Казахстан (сведения с 2015 года), за исключением лиц, окончивших до 2015 года, а также лица окончивших за пределами территории Республики Казахстан, которые предоставляют электронную копию документа об образовании |
| 5. | для физических лиц - специализация или усовершенствования и других видов повышения квалификации за последние 5 лет по заявляемым подвидам фармацевтической деятельности | сведения о соответствии квалификационным требованиям, предъявляемым при лицензировании фармацевтической деятельности, по форме согласно приложению 2 к настоящим квалификационным требованиям |  |
| 6. | для физических лиц, претендующих на занятие фармацевтической деятельностью без образования юридического лица – высшего или среднего фармацевтического образования (стаж работы по специальности - не менее трех лет) | сведения о соответствии квалификационным требованиям, предъявляемым при лицензировании фармацевтической деятельности, по форме согласно приложению 2 к настоящим квалификационным требованиям | Сведения о высшем или среднем фармацевтическом образовании услугодатель получает из информационной системы Министерства образования и науки Республики Казахстан (сведения с 2015 года), за исключением лиц окончивших до 2015 года, а также лица окончивших за пределами территории Республики Казахстан, которые предоставляют копию документа об образовании |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 1 к квалификационным требованиям, предъявляемым к медицинской и фармацевтической деятельности |

      форма

**Сведения о соответствии квалификационным требованиям,**  
**предъявляемым при лицензировании медицинской деятельности**  
**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  
**(наименование субъекта здравоохранения)**  
**(по состоянию на "\_\_" \_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года)**

      Сведения, подтверждающие наличие:  
       1. Помещения или здания на праве собственности или договора  
аренды и поэтажного плана указанного помещения (здания):  
Сведения о производственной базе на праве собственности  
(хозяйственного ведения или оперативного управления) и (или) аренды  
       1) Кадастровый номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       2) Местоположения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       3) Номер и 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:  
Список медицинского и (или) специального оборудования,  
аппаратуры и инструментария, приборов, мебели, инвентаря, транспортных и других средств:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № 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. У физических лиц - 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. У физических лиц - 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       4) Начало обучения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       5) Окончание обучения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       6) Количество часов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       5. У физических лиц - 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. У юридических лиц - штат медицинских работников, который  
подтверждается сведениями о медицинских работниках:

**Сведения о медицинских работниках медицинских организаций**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия, имя, отчество | Занимаемая должность | Образование | Стаж по специальности |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

      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 2 к квалификационным требованиям, предъявляемым к медицинской и фармацевтической деятельности |

      форма

**Сведения о соответствии квалификационным требованиям,**  
**предъявляемым при лицензировании фармацевтической деятельности**  
**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  
**(наименование субъекта здравоохранения)**  
**(по состоянию на "\_\_" \_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года)**

      Сноска. Приложение 2 с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 10.04.2019 № ҚР ДСМ-25 (вводится в действие по истечении двадцати одного календарного дня после дня их первого официального опубликования).

      Сведения, подтверждающие наличие:  
       1. Помещения или здания на праве собственности или аренды, или  
доверительного управления государственным имуществом:  
       Сведения о производственной базы на праве собственности  
(хозяйственного ведения или оперативного управления) и (или) аренды

      1) Кадастровый номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       2) Местоположения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       3) Номер и дата договора об аренде \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       4) Арендодатель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       5) Срок окончания аренды \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       6) Адрес помещения (здания) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       7) Арендуемая квадратура \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       2. Оборудования и мебели, инвентаря, приборов и аппаратуры

      для обеспечения контроля качества и соблюдения условий производства,

      изготовления, хранения и реализации лекарственных средств и медицинских изделий в соответствии с нормативными правовыми актами; автомобильного транспортного средства с соответствующими шкафами и холодильным и другим оборудованием при необходимости, обеспечивающими соблюдение условий хранения и реализации лекарственных средств и медицинских изделий для передвижного аптечного пункта для отдаленных сельских местностей:

**Список оборудования, аппаратуры, приборов, мебели, инвентаря,**  
**транспортных и других средств**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование медицинского и (или) специального оборудования, аппаратуры и инструментария, приборов, мебели, инвентаря, транспортных и других средств (по паспорту) | Страна производитель | Единица измерения | Год выпуска | Состояние (рабочее/не рабочее) |
|  |  |  |  |  |

      3. Сведения о специалистах организаций здравоохранения,  
осуществляющих фармацевтическую деятельность:  
       Список о специалистах организаций здравоохранения, осуществляющих  
фармацевтическую деятельность:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ФИО | Занимаемая должность | Образование, специальность | Стаж по специальности | Документ о повышении квалификации за последние 5 лет |
|  |  |  |  |  |

      4. У юридических и физических лиц соответствующего образования  
согласно заявляемым подвидам фармацевтической деятельности и стаж работы  
по специальности:  
       Сведения о фармацевтическом образовании:  
       1) Специальность и квалификация \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       2) Номер диплома о высшем или среднем фармацевтическом  
образовании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       3) Дата диплома о высшем или среднем фармацевтическом образовании  
       4) Наименование учебного заведения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       5) Место работы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       6) Должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       7) Трудовой стаж \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       8) Номер и дата акта работодателя о приеме на работу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       9) Дата приказа об увольнении с работы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       5. У физических лиц специализация или усовершенствование и другие  
виды повышения квалификации за последние 5 лет по заявляемым подвидам  
армацевтической деятельности:  
       Сведения о повышении квалификации:  
       1. Специальность, по которой пройдена переподготовка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       2. Наименование обучающей организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       3. Номер удостоверения или свидетельства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       4. Кем выдано \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       5. Наименование цикла \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       6. Количество часов\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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