

**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

|  |  |
| --- | --- |
|   | Утвержденыприказом Министра здравоохраненияи социального развитияРеспублики Казахстанот 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 1к квалификационным требованиям,предъявляемым к медицинскойи 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 2к квалификационным требованиям,предъявляемым к медицинскойи 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