

**О внесении изменений и дополнений в приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 28 апреля 2015 года № 294 "Об утверждении стандартов государственных услуг в сфере медицинской деятельности"**

***Утративший силу***

Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 сентября 2016 года № 831. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 28 ноября 2016 года № 14469. Утратил силу приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 4 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-180/2020.

      Сноска. Утратил силу приказом Министра здравоохранения РК от 04.11.2020 № ҚР ДСМ-180/2020 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

      В соответствии с подпунктом 1) статьи 10 Закона Республики Казахстан от 15 апреля 2013 года "О государственных услугах" **ПРИКАЗЫВАЮ:**

      1. Внести в приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 28 апреля 2015 года № 294 "Об утверждении стандартов государственных услуг в сфере медицинской деятельности" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 11356, опубликован в информационно-правовой системе "Әділет" 22 июля 2015 года) следующие изменения и дополнения:

      пункт 1 изложить в следующей редакции:

      "1. Утвердить:

      1) стандарт государственной услуги "Выдача сертификата специалиста для допуска к клинической практике" согласно приложению 1 к настоящему приказу;

      2) стандарт государственной услуги "Выдача свидетельства о присвоении квалификационной категории специалистам с медицинским образованием" согласно приложению 2 к настоящему приказу;

      3) стандарт государственной услуги "Аккредитация медицинских организаций в целях признания соответствия их деятельности стандартам аккредитации" согласно приложению 3 к настоящему приказу;

      4) стандарт государственной услуги "Аккредитация физических лиц на право проведения независимой экспертной оценки деятельности субъектов здравоохранения" согласно приложению 4 к настоящему приказу;

      5) стандарт государственной услуги "Выдача лицензии на медицинскую деятельность" согласно приложению 5 к настоящему приказу;

      6) стандарт государственной услуги "Аттестация судебно-психиатрических и судебно-наркологических экспертов" согласно приложению 6 к настоящему приказу;

      7) стандарт государственной услуги "Присвоение квалификации на право производства определенного вида судебно-психиатрической и судебно-наркологической экспертиз" согласно приложению 7 к настоящему приказу;

      8) стандарт государственной услуги "Выдача лицензии на ввоз на территорию Республики Казахстан и (или) вывоз с территории Республики Казахстан органов (части органов) и (или) тканей человека, крови и ее компонентов" согласно приложению 8 к настоящему приказу;

      9) стандарт государственной услуги "Выдача заключения (разрешительного документа) на ввоз на территорию Республики Казахстан и вывоз с территории Республики Казахстан гемопоэтических стволовых клеток, костного мозга в случае их перемещения с целью проведения неродственной трансплантации, а также образцов клеток, тканей, биологических жидкостей и секретов, в том числе продуктов жизнедеятельности человека, физиологических и патологических выделений, мазков, соскобов, смывов, предназначенных для диагностических целей или полученных в процессе проведения биомедицинских исследований" согласно приложению 9 к настоящему приказу;

      10) cтандарт государственной услуги "Определение соответствия (несоответствия) потенциального поставщика услуг гарантированного объема бесплатной медицинской помощи предъявляемым требованиям" согласно приложению 10 к настоящему приказу;

      11) стандарт государственной услуги "Выдача разрешения на проведение клинических исследований медицинских технологий" согласно приложению 11 к настоящему приказу.";

      в стандарте государственной услуги "Выдача сертификата специалиста без присвоения квалификационной категории для допуска к клинической практике", утвержденном указанным приказом:

      заголовок изложить в следующей редакции:

      "Стандарт государственной услуги "Выдача сертификата специалиста для допуска к клинической практике";

      пункт 1 изложить в следующей редакции:

      "1. Государственная услуга "Выдача сертификата специалиста для допуска к клинической практике" (далее – государственная услуга).";

      пункты 3 и 4 изложить в следующей редакции:

      "3. Государственная услуга оказывается территориальными департаментами Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства (далее – услугодатель).

      Прием заявления для оказания государственной услуги осуществляется через:

      1) канцелярию услугодателя;

      2) веб-портал "электронного правительства" www.egov.kz (далее – портал).

      Выдача результата оказания государственной услуги осуществляется через портал.

      4. Срок оказания государственной услуги:

      1) с момента сдачи пакета документов услугодателю, а также при обращении на портал – 5 (пять) рабочих дней.

      Услугодатель в течение двух рабочих дней с момента получения документов услугополучателя проверяет полноту представленных документов.

      В случаях установления факта неполноты представленных документов согласно перечню, предусмотренному пунктом 9 настоящего стандарта государственной услуги, и (или) документов с истекшим сроком действия услугодатель в указанные сроки дает письменный мотивированный ответ о прекращении рассмотрения заявления;

      2) максимально допустимое время ожидания для сдачи документов – 15 (пятнадцать) минут;

      3) максимально допустимое время обслуживания – 15 (пятнадцать) минут.";

      пункт 6 изложить в следующей редакции:

      "6. Результат оказания государственной услуги – сертификат специалиста для допуска к клинической практике (далее – сертификат) по форме согласно приложению 1 к настоящему стандарту государственной услуги, либо мотивированный ответ об отказе в оказании государственной услуги по основаниям, установленным пунктом 9-1 настоящего стандарта.

      Сертификат выдается сроком на 5 лет, со дня вынесения решения о его выдаче руководителем услугодателя в соответствии с пунктом 14 Правил проведения сертификации специалистов в области здравоохранения, утвержденных приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 28 августа 2015 года № 693 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 12134).

      Форма предоставления результата оказания государственной услуги: электронная.

      Результат государственной услуги направляется услугополучателю в "личный кабинет" в форме электронного документа, удостоверенного электронной цифровой подписью (далее – ЭЦП) уполномоченного лица услугодателя.

      В случае обращения за получением услуги на бумажном носителе, результат оказания государственной услуги оформляется в электронном формате, распечатывается, заверяется печатью и подписью уполномоченного лица услугодателя.";

      пункт 9 изложить в следующей редакции:

      "9. Перечень документов, необходимых для оказания государственной услуги при обращении услугополучателя (либо его представителя по доверенности):
       1) к услугодателю:

      заявление по форме согласно приложению 2 к настоящему стандарту государственной услуги;

      форма сведений согласно приложению 3 к настоящему стандарту государственной услуги и следующие документы:

      копия результата оценки профессиональной подготовленности и подтверждения соответствия квалификации специалистов;

      копия диплома о медицинском образовании;

      копия документа об окончании интернатуры, резидентуры, клинической ординатуры по заявляемой специальности (при их наличии);

      копия удостоверения о переподготовке по заявляемой специальности (при его наличии);

      копия свидетельства о повышении квалификации за последние 5 лет по заявляемой специальности (при его наличии);

      копия удостоверения о признании и нострификации документов об образовании, для лиц, получивших медицинское образование за пределами Республики Казахстан;

      копия свидетельства о перемене фамилии, имени, отчества (при его наличии) или о заключении брака или о расторжении брака, для лиц, изменивших фамилию, имя или отчество (при его наличии) после получения документов об образовании.

      К документу, выданному на иностранном языке, дополнительно предоставляется копия нотариально заверенного перевода на государственном или русском языке;

      2) на портал:

      запрос в форме электронного документа, удостоверенного ЭЦП услугополучателя;

      форма сведений согласно приложению 3 к настоящему стандарту государственной услуги и следующие документы:

      электронная копия результата оценки профессиональной подготовленности и подтверждения соответствия квалификации специалистов;

      электронная копия диплома о медицинском образовании;

      электронные копии документа об окончании интернатуры, резидентуры, клинической ординатуры по заявляемой специальности (при их наличии);

      электронная копия удостоверения о переподготовке по заявляемой специальности (при его наличии);

      электронная копия свидетельства о повышении квалификации за последние 5 лет по заявляемой специальности (при его наличии);

      электронная копия удостоверения о признании и нострификации документов об образовании, для лиц, получивших медицинское образование за пределами Республики Казахстан;

      электронная копия свидетельства о перемене фамилии, имени, отчества (при его наличии) или о заключении брака или о расторжении брака, для лиц, изменивших фамилию, имя или отчество (при его наличии) после получения документов об образовании.

      К документу, выданному на иностранном языке, дополнительно предоставляется копия нотариально заверенного перевода на государственном или русском языке.";

      дополнить пунктом 9-1 следующего содержания:

      "9-1. Услугодатель отказывает в оказании государственной услуги по следующим основаниям:

      1) установление недостоверности и/или несоответствие следующих документов, представленных услугополучателем:

      документов услугополучателя об образовании (диплома, удостоверение интернатуры, резидентуры, клинической ординатуры, переподготовки, повышения квалификации) к заявляемой специальности;

      документов о прохождении переподготовки и повышения квалификации срокам обучения и форме в соответствии c Правилами повышения квалификации и переподготовки медицинских и фармацевтических кадров и квалификационных требований к организациям, реализующим программы дополнительного медицинского и фармацевтического образования, утвержденными приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 ноября 2009 года № 691 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 5904);

      2) неполное и недостоверное заполнение формы сведений;

      3) в отношении услугополучателя имеется вступившее в законную силу решение (приговор) суда о запрещении медицинской деятельности по заявляемой специальности;

      4) в отношении услугополучателя имеется вступившее в законную силу решение суда, на основании которого услугополучатель лишен специального права, связанного с получением государственной услуги.";

      приложения 1, 2, 3 к указанному стандарту изложить в редакции согласно приложениям 1, 2, 3 к настоящему приказу;

      в стандарте государственной услуги "Выдача сертификата специалиста с присвоением соответствующей квалификационной категории", утвержденном указанным приказом:

      заголовок изложить в следующей редакции:

      "Стандарт государственной услуги "Выдача свидетельства о присвоении квалификационной категории специалистам с медицинским образованием";

      пункт 1 изложить в следующей редакции:

      "1. Государственная услуга "Выдача свидетельства о присвоении квалификационной категории специалистам с медицинским образованием" (далее – государственная услуга).";

      пункты 3 и 4 изложить в следующей редакции:

      "3. Государственная услуга оказывается территориальными департаментами Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства (далее – услугодатель).

      Прием заявления для оказания государственной услуги осуществляется по месту основной работы услугополучателя через:

      1) канцелярию услугодателя;

      2) веб-портал "электронного правительства" www.egov.kz (далее – портал).

      Выдача результата оказания государственной услуги осуществляется через портал.

      4. Срок оказания государственной услуги:

      1) с момента сдачи пакета документов к услугодателю, а также при обращении на портал – 5 (пять) рабочих дней.

      Услугодатель в течение двух рабочих дней с момента получения документов услугополучателя проверяет полноту представленных документов.

      В случаях установления факта неполноты представленных документов согласно перечню, предусмотренному пунктом 9 настоящего стандарта государственной услуги, и (или) документов с истекшим сроком действия услугодатель в указанные сроки дает письменный мотивированный ответ о прекращении рассмотрения заявления;

      2) максимально допустимое время ожидания для сдачи пакета документов – 15 (пятнадцать) минут;

      3) максимально допустимое время обслуживания – 15 (пятнадцать) минут.";

      пункт 6 изложить в следующей редакции:

      "6. Результат оказания государственной услуги – свидетельство о присвоении квалификационной категории специалистам с медицинским образованием (далее – свидетельство) согласно приложению 1 к настоящему стандарту государственной услуги, либо мотивированный ответ об отказе в оказании государственной услуги по основаниям, установленным пунктом 9-1 настоящего стандарта. Свидетельство выдается сроком на 5 лет, со дня вынесения решения о его выдаче руководителем услугодателя в соответствии с пунктом 8 Правил, сроков выдачи и отзыва свидетельства о присвоении квалификационной категории для специалистов в области здравоохранения, за исключением специалистов в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, утвержденных приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 29 июня 2015 года № 531 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 11787) (далее – Приказ № 531);

      Форма предоставления результата оказания государственной услуги: электронная.

      Результат государственной услуги направляется услугополучателю в "личный кабинет" в форме электронного документа, удостоверенного электронной цифровой подписью (далее – ЭЦП) уполномоченного лица услугодателя.

      В случае обращения за получением услуги на бумажном носителе, результат оказания государственной услуги оформляется в электронном формате, распечатывается, заверяется печатью и подписью уполномоченного лица услугодателя.";

       пункты 8 и 9 изложить в следующей редакции:

      "8. График работы:

      1) услугодателя – с понедельника по пятницу с 9.00 до 18.30 часов с перерывом на обед с 13.00 до 14.30 часов, кроме выходных и праздничных дней в соответствии со статьей 80 Трудового кодекса Республики Казахстан от 23 ноября 2015 года (далее – Трудовой кодекс).

      Прием заявления и выдача результата оказания государственной услуги осуществляется с 9.00 часов до 17.30 часов с перерывом на обед с 13.00 часов до 14.30 часов.

      Государственная услуга оказывается в порядке очереди, без предварительной записи и ускоренного обслуживания;

      2) портала – круглосуточно, за исключением технических перерывов в связи с проведением ремонтных работ (при обращении услугополучателя после окончания рабочего времени в выходные и праздничные дни прием заявления и выдача результата оказания государственной услуги осуществляется следующим рабочим днем в соответствии со статьей 80 Трудового кодекса.

      9. Перечень документов, необходимых для оказания государственной услуги при обращении услугополучателя (либо его представителя по доверенности):

      1) к услугодателю:

      для получения свидетельства со сроком на 5 (пять) лет с присвоением соответствующей квалификационной категории:

      заявление по форме согласно приложению 2 к настоящему стандарту государственной услуги;

      форма сведений согласно приложению 3 к настоящему стандарту государственной услуги и следующие документы:

      копия результата оценки профессиональной подготовленности и подтверждения соответствия квалификации специалистов;

      копия диплома о медицинском образовании;

      копия документа об окончании интернатуры, резидентуры, клинической ординатуры по заявляемой специальности (при их наличии);

      копия удостоверения о переподготовке по заявляемой специальности (при его наличии);

      копия свидетельства о повышении квалификации за последние 5 лет по заявляемой специальности;

      свидетельство, либо сертификат специалиста с присвоением квалификационной категории по заявляемой специальности (при наличии);

      копия удостоверения о признании и нострификации документов об образовании, для лиц, получивших медицинское образование за пределами Республики Казахстан;

      копия свидетельства о перемене фамилии, имени, отчества (при его наличии) или о заключении брака или о расторжении брака, для лиц, изменивших фамилию, имя или отчество (при его наличии) после получения документов об образовании.

      К документу, выданному на иностранном языке, дополнительно предоставляется нотариально заверенный перевод на государственном или русском языке.

      Информация о наличии медицинской деятельности по заявляемой специальности на момент подачи заявления указывается в форме сведения;

      для получения бессрочного (на постоянный срок) свидетельства с присвоением первой или высшей квалификационной категории в соответствии с пунктом 17 Приказа № 531:

      заявление по форме согласно приложению 4 к настоящему стандарту государственной услуги;

      форма сведений согласно приложению 5 к настоящему стандарту государственной услуги и следующие документы:

      копия свидетельства о повышении квалификации за последние 5 лет по заявляемой специальности;

      копии ранее выданных трех равнозначных свидетельств (сертификатов) с присвоением первой, высшей квалификационной категории;

      копия свидетельства о перемене фамилии, имени, отчества (при его наличии) или о заключении брака или о расторжении брака, для лиц изменивших фамилию, имя или отчество (при его наличии) после получения документов об образовании;

      2) на портал:

      для получения свидетельства со сроком на 5 (пять) лет с присвоением соответствующей квалификационной категории:

      запрос в форме электронного документа, удостоверенного ЭЦП услугополучателя;

      форма сведений согласно приложению 3 к настоящему стандарту государственной услуги и следующие документы:

      электронная копия результата оценки профессиональной подготовленности и подтверждения соответствия квалификации специалистов;

      электронная копия диплома о медицинском образовании;

      электронная копия документа об окончании интернатуры, резидентуры, клинической ординатуры по заявляемой специальности (при их наличии);

      электронная копия удостоверения о переподготовке по заявляемой специальности (при его наличии);

      электронная копия свидетельства о повышении квалификации за последние 5 лет по заявляемой специальности;

      электронная копия удостоверения о признании и нострификации документов об образовании, для лиц, получивших медицинское образование за пределами Республики Казахстан;

      электронная копия свидетельства о перемене фамилии, имени, отчества (при его наличии) или о заключении брака или о расторжении брака, для лиц, изменивших фамилию, имя или отчество (при его наличии) после получения документов об образовании.

      К документу, выданному на иностранном языке, дополнительно предоставляется нотариально заверенный перевод на государственном или русском языке.

      Информация о наличии медицинской деятельности по заявляемой специальности на момент подачи заявления указывается в форме сведения;

      для получения бессрочного свидетельства:

      запрос в форме электронного документа, удостоверенного ЭЦП услугополучателя;

      форма сведений согласно приложению 5 к настоящему стандарту государственной услуги и следующие документы:

      электронные копии ранее выданных трех равнозначных свидетельств (сертификатов) с присвоением первой, высшей квалификационной категории.

      Сведения документа, удостоверяющего личность услугополучателя, услугодатель получает из соответствующих государственных информационных систем через шлюз "электронного правительства".

      При подаче услугополучателем всех необходимых документов:

      через канцелярию услугодателя выдается расписка (уведомление) о приеме соответствующих документов;

      через портал – в "личном кабинете" услугополучателя отображается статус о принятии запроса для оказания государственной услуги.";

      дополнить пунктом 9-1 следующего содержания:

      "9-1. Услугодатель отказывает в оказании государственной услуги по следующим основаниям:

      1) установление недостоверности и/или несоответствие следующих документов, представленных услугополучателем:

      документов услугополучателя об образовании (диплома, удостоверение интернатуры, резидентуры, клинической ординатуры, переподготовки, повышения квалификации) к заявляемой специальности;

      документов о прохождении переподготовки и повышения квалификации срокам обучения и форме в соответствии c Правилами повышения квалификации и переподготовки медицинских и фармацевтических кадров и квалификационных требований к организациям, реализующим программы дополнительного медицинского и фармацевтического образования, утвержденными приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 ноября 2009 года № 691 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 5904);

      несоответствие критериям присвоения квалификационной категории, утвержденным Приказом № 531;

      2) неполное и недостоверное заполнение формы сведений;

      3) в отношении услугополучателя имеется вступившее в законную силу решение (приговор) суда о запрещении медицинской деятельности по заявляемой специальности;

      4) в отношении услугополучателя имеется вступившее в законную силу решение суда, на основании которого услугополучатель лишен специального права, связанного с получением государственной услуги.";

      приложения 1, 2, 3, 4, 5 к указанному стандарту изложить в редакции согласно приложениям 4, 5, 6, 7, 8 к настоящему приказу;

      в стандарте государственной услуги "Аккредитация субъектов здравоохранения", утвержденном указанным приказом:

      заголовок изложить в следующей редакции:

      "Стандарт государственной услуги "Аккредитация медицинских организаций в целях признания соответствия их деятельности стандартам аккредитации";

      пункт 1 изложить в следующей редакции:

      "1. Государственная услуга "Аккредитация медицинских организаций в целях признания соответствия их деятельности стандартам аккредитации" (далее – государственная услуга).";

      пункт 4 изложить в следующей редакции:

      "4. Срок оказания государственной услуги:

      1) с момента сдачи пакета документов услугодателю, а также при обращении на портал:

      при выдачи свидетельства об аккредитации – 45 (сорок пять) рабочих дней;

      при переоформлении свидетельства об аккредитации, в случае изменения наименования, организационно – правовой формы субъекта – 5 (пять) рабочих дней;

      при выдачи дубликата свидетельства об аккредитации, в случае утери либо порчи свидетельства об аккредитации, выданного в бумажной форме – 2 (два) рабочих дня.

      В случаях установления факта неполноты представленных документов согласно перечню, предусмотренному пунктом 9 настоящего стандарта государственной услуги, и (или) документов с истекшим сроком действия услугодатель в указанные сроки дает письменный мотивированный ответ о прекращении рассмотрения заявления;

      2) максимально допустимое время ожидания для сдачи пакета документов – 15 (пятнадцать) минут;

      3) максимально допустимое время обслуживания – 15 (пятнадцать) минут.";

      пункт 6 изложить в следующей редакции:

      "6. Результат оказания государственной услуги – свидетельство об аккредитации по форме согласно приложению 1 к настоящему стандарту государственной услуги, дубликат свидетельства об аккредитации согласно приложению 2 к настоящему стандарту государственной услуги, либо мотивированный ответ об отказе в оказании государственной услуги по основаниям установленным пунктом 9-1 настоящего стандарта.

      Свидетельство об аккредитации выдается сроком на 3 года.

      Форма предоставления результата оказания государственной услуги: электронная.
       В случае обращения услугополучателя за получением свидетельства об аккредитации на бумажном носителе, свидетельство об аккредитации оформляется в электронной форме, распечатывается и заверяется печатью и подписью руководителя услугодателя.

      При обращении услугополучателя через портал результат государственной услуги направляется услугополучателю в "личный кабинет" в форме электронного документа, удостоверенного электронной цифровой подписью (далее – ЭЦП) уполномоченного лица Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства дополнить пунктом 9-1 следующего содержания:

      "9-1. Услугодатель отказывает в оказании государственной услуги по следующим основаниям:

      1) установление недостоверности документов, представленных услугополучателем для получения государственной услуги, и (или) данных (сведений), содержащихся в них;

      2) несоответствие стандартам аккредитации медицинских организаций, утвержденным приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 октября 2012 года № 676 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 8064) и стандартам аккредитации для организаций здравоохранения, осуществляющих деятельность в сфере службы крови, утвержденным приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 6 января 2014 года № 2 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 9148);

      3) в отношении услугополучателя имеется вступившее в законную силу решение (приговор) суда о запрещении медицинской деятельности;

      4) в отношении услугополучателя имеется вступившее в законную силу решение суда о запрещении деятельности или отдельных видов деятельности, требующих получения определенной государственной услуги.";

      приложения 1, 2, 3, 4, 5 к указанному стандарту изложить в редакции согласно приложениям 9, 10, 11, 12, 13 к настоящему приказу;

      в стандарте государственной услуги "Аккредитация физических лиц на право проведения независимой экспертной оценки деятельности субъектов здравоохранения", утвержденном указанным приказом:

      пункт 4 изложить в следующей редакции:

      "4. Срок оказания государственной услуги

      1) с момента сдачи пакета документов услугодателю, а также при обращении на портал – 22 (двадцать два) рабочих дня.

      Услугодатель в течение двух рабочих дней с момента получения документов услугополучателя проверяет на полноту представленных документов.

      В случаях установления факта неполноты представленных документов согласно перечню, предусмотренному пунктом 9 настоящего стандарта государственной услуги, и (или) документов с истекшим сроком действия услугодатель в указанные сроки дает письменный мотивированный ответ о прекращении рассмотрения заявления;

      2) максимально допустимое время ожидания для сдачи пакета документов – 15 (пятнадцать) минут;

      3) максимально допустимое время обслуживания – 15 (пятнадцать) минут.";

      пункт 6 изложить в следующей реакции:

      "6. Результат оказания государственной услуги – свидетельство об аккредитации физических лиц на право проведения независимой экспертной оценки деятельности субъектов здравоохранения (далее – свидетельство об аккредитации) по форме согласно приложению 1 к настоящему стандарту государственной услуги либо мотивированный ответ об отказе в оказании государственной услуги по основаниям установленным пунктом 9-1 настоящего стандарта.

      Свидетельство об аккредитации выдается сроком на 5 лет, при положительном прохождении тестирования и собеседования.

      Форма предоставления результата оказания государственной услуги электронная.

      В случае обращения услугополучателя за получением свидетельства об аккредитации на бумажном носителе, свидетельство об аккредитации оформляется в электронной форме, распечатывается и заверяется печатью и подписью руководителя услугодателя.

      При обращении услугополучателя через портал результат государственной услуги направляется услугополучателю в "личный кабинет" в форме электронного документа, удостоверенного электронной цифровой подписью (далее – ЭЦП) уполномоченного лица Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства.";

      дополнить пунктом 9-1 следующего содержания:

      "9-1. Услугодатель отказывает в оказании государственной услуги по следующим основаниям:

      1) установление недостоверности документов, представленных услугополучателем для получения государственной услуги, и (или) данных (сведений), содержащихся в них;

      2) получение отрицательного результата тестирования и (или) собеседования, в соответствии с Правилами аккредитации в области здравоохранения, утвержденными приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 10 марта 2015 года № 127 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 10735);

      3) в отношении услугополучателя имеется вступившее в законную силу решение (приговор) суда о запрещении деятельности или отдельных видов деятельности, требующих получения определенной государственной услуги;

      4) в отношении услугополучателя имеется вступившее в законную силу решение суда, на основании которого услугополучатель лишен специального права, связанного с получением государственной услуги.";

      в стандарте государственной услуги "Выдача лицензии на медицинскую деятельность", утвержденном указанным приказом:

      пункт 4 изложить в следующей редакции:

      "4. Сроки оказания государственной услуги:

      1) с момента сдачи пакета документов услугодателю, в Государственную корпорацию, а также при обращении на портал:

      при выдаче лицензии и (или) приложения к лицензии – 15 (пятнадцать) рабочих дней;

      при переоформлении лицензии и (или) приложения к лицензии – 3 (три) рабочих дня;

      при выдаче дубликата лицензии и (или) приложения к лицензии в случае утери или порчи, выданных в бумажной форме – 2 (два) рабочих дня.

      Услугодатель в течение двух рабочих дней с момента получения документов услугополучателя проверяет на полноту представленных документов.

      В случаях установления факта неполноты представленных документов согласно перечню, предусмотренному пунктом 9 настоящего стандарта государственной услуги, и (или) документов с истекшим сроком действия услугодатель в указанные сроки дает письменный мотивированный ответ о прекращении рассмотрения заявления;

      2) максимально допустимое время ожидания для сдачи пакета документов – 15 (пятнадцать) минут;

      3) максимально допустимое время обслуживания – 15 (пятнадцать) минут.";

      в стандарте государственной услуги "Выдача лицензии на ввоз на территорию Республики и (или) вывоз с территории Республики Казахстан органов (части органов) и (или) тканей человека, крови и ее компонентов", утвержденном указанным приказом:

      заголовок изложить в следующей редакции:

      "Выдача лицензии на ввоз на территорию Республики Казахстан и (или) вывоз с территории Республики Казахстан органов (части органов) и (или) тканей человека, крови и ее компонентов";

      пункт 4 изложить в следующей редакции:

      "4. Срок оказания государственной услуги:

      1) с момента сдачи пакета документов услугодателю, а также при обращении на портал:

      при выдаче лицензии на ввоз, вывоз тканей человека, крови и ее компонентов – 3 (три) рабочих дня;

      при выдаче лицензии на ввоз и (или) вывоз органов (части органов) человека – 1 (один) рабочий день.

      Услугодатель проверяет на полноту представленных документов:

      - при выдаче лицензии на ввоз, вывоз тканей человека, крови и ее компонентов в течении 2 (двух) рабочих дней с даты подачи документов;

      - при выдаче лицензии на ввоз, вывоз органов (части органов) человека в течение 1 (одного) рабочего дня с даты подачи документов.

      В случаях установления факта неполноты представленных документов согласно перечню, предусмотренному пунктом 9 настоящего стандарта государственной услуги, и (или) документов с истекшим сроком действия услугодатель в указанные сроки дает письменный мотивированный ответ о прекращении рассмотрения заявления;

      2) максимально допустимое время ожидания для сдачи пакета документов – 15 (пятнадцать) минут;

      3) максимально допустимое время обслуживания – 15 (пятнадцать) минут.";

      приложения 1, 2, 3, 4 к указанному стандарту изложить в редакции согласно приложениям 14, 15, 16, 17 к настоящему приказу;

      в стандарте государственной услуги "Выдача заключения (разрешительного документа) на ввоз на территорию Республики Казахстан и вывоз с территории Республики Казахстан гемопоэтических стволовых клеток, костного мозга в случае их перемещения с целью проведения неродственной трансплантации, а также образцов клеток, тканей, биологических жидкостей и секретов, в том числе продуктов жизнедеятельности человека, физиологических и патологических выделений, мазков, соскобов, смывов, предназначенных для диагностических целей или полученных в процессе проведения биомедицинских исследований", утвержденном указаныым приказом:

      пункт 4 изложить в следующей редакции:

      "4. Срок оказания государственной услуги:

      1) в течении 3 (трех) рабочих дней, со дня сдачи пакета документов услугодателю;

      переоформление заключения (разрешительного документа) на ввоз на территорию Республики Казахстан и вывоз с территории Республики Казахстан гемопоэтических стволовых клеток, костного мозга в случае их перемещения с целью проведения неродственной трансплантации, а также образцов клеток, тканей, биологических жидкостей и секретов, в том числе продуктов жизнедеятельности человека, физиологических и патологических выделений, мазков, соскобов, смывов, предназначенных для диагностических целей или полученных в процессе проведения биомедицинских исследований (далее – заключение) – в течении 3 (трех) рабочих дней;

      выдача дубликата заключения, в случаях утери либо порчи в течении 2 (двух) рабочих дней.

      Услугодатель в течение двух рабочих дней с момента получения документов услугополучателя проверяет на полноту представленных документов.

      В случаях установления факта неполноты представленных документов согласно перечню, предусмотренному пунктом 9 настоящего стандарта государственной услуги, и (или) документов с истекшим сроком действия услугодатель в указанные сроки дает письменный мотивированный ответ о прекращении рассмотрения заявления;

      2) максимально допустимое время ожидания для сдачи пакета документов – 15 (пятнадцать) минут;

      3) максимально допустимое время обслуживания – 15 (пятнадцать) минут.";

      пункт 6 изложить в следующей редакции:

      "6. Результат оказания государственной услуги:

      заключение (разрешительный документ) на ввоз на территорию Республики Казахстан и (или) вывоз с территории Республики Казахстан гемопоэтических стволовых клеток, костного мозга в случае их перемещения с целью проведения неродственной трансплантации по форме, согласно приложению 1 к настоящему стандарту государственной услуги;

      дубликат заключения (разрешительный документ) на ввоз на территорию Республики Казахстан и (или) вывоз с территории Республики Казахстан гемопоэтических стволовых клеток, костного мозга в случае их перемещения с целью проведения неродственной трансплантации по форме, согласно приложению 2 к настоящему стандарту государственной услуги;

      заключение (разрешительный документ) на ввоз на территорию Республики Казахстан и (или) вывоз с территории Республики Казахстан образцов клеток, тканей, биологических жидкостей и секретов, в том числе продуктов жизнедеятельности человека, физиологических и патологических выделений, мазков, соскобов, смывов, предназначенных для диагностических целей или полученных в процессе проведения биомедицинских исследований (далее – заключение) по форме, согласно приложению 3 к настоящему стандарту государственной услуги;

      дубликат заключения (разрешительный документ) на ввоз на территорию Республики Казахстан и (или) вывоз с территории Республики Казахстан образцов клеток, тканей, биологических жидкостей и секретов, в том числе продуктов жизнедеятельности человека, физиологических и патологических выделений, мазков, соскобов, смывов, предназначенных для диагностических целей или полученных в процессе проведения биомедицинских исследований (далее – заключение) по форме, согласно приложению 4 к настоящему стандарту государственной услуги;

      переоформленное заключение;

      мотивированный ответ об отказе в оказании государственной услуги по основаниям установленным пунктом 9-1 настоящего стандарта.

      Заключение выдается на срок, определяемый заявителем, но не превышающий один год.

      Форма предоставления результата оказания государственной услуги электронная.

      В случае обращения услугополучателя за получением лицензии на бумажном носителе лицензия оформляется в электронной форме, распечатывается и заверяется печатью и подписью руководителя услугодателя.

      При обращении услугополучателя через портал результат государственной услуги направляется услугополучателю в "личный кабинет" в форме электронного документа, удостоверенного электронной цифровой подписью (далее – ЭЦП) уполномоченного лица услугодателя.";

      дополнить пунктом 9-1 следующего содержания:

      "9-1. Услугодатель отказывает в оказании государственной услуги по следующим основаниям:

      1) установление недостоверности документов, представленных услугополучателем для получения государственной услуги, и (или) данных (сведений), содержащихся в них;

      2) несоответствие услугополучателя и (или) представленных материалов, объектов, данных и сведений, необходимых для оказания государственной услуги требованиям, установленным Правилами выдачи заключений (разрешительных документов) на ввоз на территорию Республики Казахстан и вывоз с территории Республики Казахстан гемопоэтических стволовых клеток, костного мозга в случае их перемещения с целью проведения неродственной трансплантации, а также образцов клеток, тканей, биологических жидкостей и секретов, в том числе продуктов жизнедеятельности человека, физиологических и патологических выделений, мазков, соскобов, смывов, предназначенных для диагностических целей или полученных в процессе проведения биомедицинских исследований, утвержденными приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 марта 2014 года № 151 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 9372);

      3) в отношении услугополучателя имеется вступившее в законную силу решение (приговор) суда о запрещении деятельности или отдельных видов деятельности, требующих получения определенной государственной услуги;

      4) в отношении услугополучателя имеется вступившее в законную силу решение суда, на основании которого услугополучатель лишен специального права, связанного с получением государственной услуги.";

      в стандарте государственной услуги "Определение соответствия (несоответствия) потенциального поставщика услуг гарантированного объема бесплатной медицинской помощи предъявляемым требованиям":

      пункт 11 изложить в следующей редакции:

      "11. При подаче услугополучателем всех необходимых документов услугодателю нарочно подтверждением принятия заявки является регистрация секретарем комиссии в журнале регистрации заявок.

      При приеме документов через Государственную корпорацию услугополучателю выдается расписка о приеме соответствующих документов.";

      пункт 13 изложить в следующей редакции:

      "13. В случае предоставления услугополучателем неполного пакета документов и (или) документов с истекшим сроком действия согласно перечню, предусмотренному пунктом 9 настоящего стандарта государственной услуги, работник Государственной корпорации отказывает в приеме заявки на участие и выдает расписку об отказе в приеме документов по форме согласно приложению 11 к настоящему стандарту государственной услуги.";

      в стандарте государственной услуги "Выдача разрешения на проведение клинических исследований медицинских технологий", утвержденном указанным приказом:

      пункт 4 изложить в следующей редакции:

      "4. Срок оказания государственной услуги:

      1) с момента сдачи пакета документов – 22 (двадцать два) рабочих дня;

      2) максимально допустимое время ожидания для сдачи пакета документов – 15 (пятнадцать) минут;

      3) максимально допустимое время обслуживания – 15 (пятнадцать) минут.

      В случаях установления факта неполноты представленных документов согласно перечню, предусмотренному пунктом 9 настоящего стандарта государственной услуги, и (или) документов с истекшим сроком действия услугодатель в указанные сроки дает письменный мотивированный ответ о прекращении рассмотрения заявления.";

      пункт 6 изложить в следующей редакции:

      "6. Результат оказания государственной услуги – разрешение на проведение клинических исследований медицинских технологий по форме согласно приложению 1 к настоящему стандарту государственной услуги либо мотивированный ответ об отказе в оказании государственной услуги по основаниям установленным пунктом 9-1 настоящего стандарта.";

      дополнить пунктом 9-1 следующего содержания:

      "9-1. Услугодатель отказывает в оказании государственной услуги по следующим основаниям:

      1) отсутствие и/или несоответствие следующих документов, представленных услугополучателем:

      положительного заключения локальной комиссии по вопросам этики - для экспериментов и (или) исследований, планируемых к проведению на базе конкретного исследовательского центра; Центральной комиссии по вопросам этики – для экспериментов и (или) исследований, планируемых к проведению на международном и республиканском уровнях у исследователей, вовлеченных в эксперимент и (или) исследование, в соответствии с Правилами проведения медико-биологических экспериментов, доклинических (неклинических) и клинических исследований, утвержденными приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 12 ноября 2009 года № 697 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 5932);

      документов об образовании и уровня квалификации, соответствующих направлению и профилю проводимого эксперимента и (или) исследования;

      2) в отношении услугополучателя имеется вступившее в законную силу решение (приговор) суда о запрещении деятельности или отдельных видов деятельности, требующих получения определенной государственной услуги;

      3) в отношении услугополучателя имеется вступившее в законную силу решение суда, на основании которого услугополучатель лишен специального права, связанного с получением государственной услуги.".

      2. Комитету контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан обеспечить:

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

      2) в течение десяти календарных дней со дня государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан направление его копии на официальное опубликование в периодических печатных изданиях и в Информационно-правовой системе "Әділет", а также в Республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения "Республиканский центр правовой информации" Министерства юстиции Республики Казахстан для размещения в эталонном контрольном банке нормативных правовых актов Республики Казахстан;

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

      4) в течение десяти рабочих дней после государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан представление в Департамент юридической службы Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1), 2) и 3) настоящего пункта.

      3. Контроль за настоящим приказом возложить на вице-министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан Е. Биртанову.

      4. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования.

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

      "СОГЛАСОВАН"
Министр информации и
коммуникаций
Республики Казахстан
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Д. Абаев
25 октября 2016 года

      "СОГЛАСОВАН"
Министр национальной
экономики
Республики Казахстан
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_К. Бишимбаев
27 октября 2016 годa

|  |  |
| --- | --- |
|   | Приложение 1к приказуМинистра здравоохранения исоциального развитияРеспублики Казахстанот 30 сентября 2016 года № 831 |
|   | Приложение 1 к стандарту государственной услуги"Выдача сертификата специалиста длядопуска к клинической практике" |
|   | форма |

 **Сертификат специалиста**

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
                         (фамилия, имя, отчество (при его наличии)
действительно получил(-а) настоящий сертификат специалиста для осуществления
медицинской деятельности и допуска к клинической практике по специальности
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
                   (наименование специальности по номенклатуре)
       Приказ руководителя государственного органа, вынесшего решение о его
выдаче от "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года № \_\_\_\_\_\_\_\_

      Сертификат действителен до "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

      Регистрационный № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Дата выдачи "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|   | Приложение 2к приказуМинистра здравоохранения исоциального развитияРеспублики Казахстанот 30 сентября 2016 года № 831 |
|   | Приложение 2к стандарту государственной услуги"Выдача сертификата специалистадля допуска к клинической практике" |
|   | форма |

      Руководителю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
             (наименование государственного органа)
от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(фамилия, имя, отчество (при его наличии), ИИН)
Место проживания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Заявление**

      Прошу Вас выдать сертификат специалиста для осуществления
медицинской деятельности и допуска к клинической практике по
специальности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       Я несу ответственность за достоверность указанных сведений.
       Даю согласие на сбор и обработку персональных данных,
необходимых для оказания государственной услуги.

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       (подпись услугополучателя)

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
             (дата заполнения)

|  |  |
| --- | --- |
|   | Приложение 3к приказуМинистра здравоохранения исоциального развитияРеспублики Казахстанот 30 сентября 2016 года № 831 |
|   | Приложение 3 к стандарту государственной услуги "Выдача сертификата специалистадля допуска к клинической практике" |
|   | форма |

 **Форма сведений**
**для выдачи сертификата специалиста для допуска к клинической практике**

      1. Результат оценки профессиональной подготовленности и подтверждения
соответствия квалификации специалистов для специалистов с медицинским
образованием, занимающихся клинической практикой, за исключением
специалистов санитарно-эпидемиологического профиля (прикрепляется
сканированная копия результата Оценки):
       1) наименование заявляемой специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       2) орган выдавший заключение Оценки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       3) число, месяц, год получения заключения Оценки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       2. Медицинское образование
       1) образование (среднее медицинское образование, послесреднее
медицинское образование, высшее медицинское образование) (сканированная копия диплома):
       2) номер диплома \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       3) серия диплома \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       4) полное наименование организации образования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       5) страна обучения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       6) год поступления\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       7) год окончания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       8) специальность по диплому\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       9) квалификация по диплому\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       10)      нострификация и/или признание документов об образовании (для лиц,
получивших медицинское образование за пределами Республики Казахстан:
диплом, интернатура, резидентура, клиническая ординатура, магистратура
и другие), (сканированная копия документа о нострификации и/или признании
документов об образовании):
       Страна обучения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       Полное наименование организации образования\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       Орган, выдавший удостоверение о нострификации и/или признании
       \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       Номер приказа о нострификации и/или признании
       \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       Регистрационный номер о нострификации и/или признании
       \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       Дата выдачи удостоверения о нострификации и/или признании
       3. Сведения о специальности интернатуры, клинической ординатуры,
резидентуры по заявляемой специальности (для специалистов с высшим
медицинским образованием) (сканированная копия документа):
       1) специальность интернатуры \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       2) год поступления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       3) год окончания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       4) продолжительность обучения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       5) объем обучения в часах\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       6) полное наименование организации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       7) место прохождения интернатуры\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       8) специальность клинической ординатуры\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       9) год поступления\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       10) год окончания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       11) продолжительность обучения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       12) объем обучения в часах\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       13) полное наименование организации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       14) место прохождения резидентуры\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       15) специальность резидентуры\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       16) год поступления\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       17) год окончания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       18) продолжительность обучения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       19) объем обучения в часах\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       20) полное наименование организации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       21) место прохождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       4. Сведения об удостоверении по переподготовке по заявляемой
специальности (сканированная копия документа):
       1) номер удостоверения по переподготовке\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       2) специальность переподготовки\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       3) название обучающей организации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       4) объем обучения в часах\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       5) начало обучения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       6) окончание обучения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       5. Сведения действующего свидетельства (сертификата специалиста) с
присвоением категории по заявляемой специальности (при его наличии):
       1) дата и номер приказа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       2) номер и код административного документа (далее – НИКАД)
/регистрационный номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       3) орган, выдавший свидетельство (сертификат)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       4) срок действия свидетельства (сертификата)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       5) специальность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       6) квалификационная категория\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       6. Сведения действующего сертификата специалиста, для допуска к
клинической практике по заявляемой специальности (при его наличии):
       1) дата и номер приказа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       2) номер НИКАД/регистрационный номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       3) орган, выдавший сертификат\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       4) срок действия сертификата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       5) специальность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       7. Сведения о настоящем месте работы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       1) стаж работы по заявляемой специальности (лет, месяцев, дней)
       2) общий медицинский стаж (лет, месяцев, дней)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       3) место работы в настоящее время\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       4) занимаемая должность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       5) трудовая деятельность по заявляемой специальности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|
Дата приема |
Дата увольнения |
Место работы |
Занимаемая должность |
Дата и номер приказа (приема либо увольнения с работы) |
|
 |
 |
 |
 |
 |
|
 |
 |
 |
 |
 |

      8. Повышение квалификации за последние 5 лет по заявляемой специальности
(при его наличии) (сканированная копия документа):
       1) сведения о свидетельстве повышения квалификации по заявляемой специальности
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       2) номер свидетельства о повышении квалификации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       3) наименование цикла\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       4) название обучающей организации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       5) начало обучения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       6) окончание обучения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       7) объем обучения в часах\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|   | Приложение 4к приказуМинистра здравоохранения исоциального развитияРеспублики Казахстанот 30 сентября 2016 года № 831 |
|   | Приложение 1к стандарту государственной услуги"Выдача свидетельства о присвоении квалификационной категорииспециалистам с медицинским образованием" |
|   |  форма  |

 **Свидетельство**
**о присвоении квалификационной категории**

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
                         (фамилия, имя, отчество (при его наличии)
действительно получил(-а) настоящее свидетельство о присвоении
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ квалификационной категории по специальности
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
                         (специальность по номенклатуре)

      Приказ руководителя государственного органа, вынесшего решение о его
выдаче от " \_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года №\_\_\_\_\_

      Свидетельство действительно на срок \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
                                           (указать 5 лет или постоянно)

      Регистрационный №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Дата выдачи "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|   | Приложение 5к приказуМинистра здравоохранения исоциального развитияРеспублики Казахстанот 30 сентября 2016 года № 831 |
|   |  Приложение 2  к стандарту государственной услуги"Выдача свидетельства оприсвоении квалификационнойкатегории специалистам с медицинскимобразованием" |
|   |  форма  |

      Руководителю\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       (наименование территориального
       департамента государственного
                   органа)
 от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       (фамилия, имя, отчество (при его
       наличии) услугополучателя)
 Адрес проживания, контактный телефон
 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Заявление**

      Прошу Вас выдать свидетельство о присвоении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
квалификационной категории по специальности
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
                         (наименование специальности)
       Я несу ответственность за достоверность указанных сведений.

      Даю согласие на сбор и обработку персональных данных,
необходимых для оказания государственной услуги.

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись услугополучателя)

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дата заполнения)

|  |  |
| --- | --- |
|   | Приложение 6к приказуМинистра здравоохранения исоциального развитияРеспублики Казахстанот 30 сентября 2016 года № 831 |
|   | Приложение 3к стандарту государственной услуги"Выдача свидетельства оприсвоении квалификационной категорииспециалистам с медицинским образованием" |
|   |  форма  |

 **Форма сведений**

      Для получения свидетельства о присвоении квалификационной категории
специалистам с медицинским образованием

      1. Результат оценки профессиональной подготовленности и подтверждения
соответствия квалификации специалистов для специалистов с медицинским
образованием, за исключением специалистов санитарно-эпидемиологического
профиля (прикрепляется сканированная копия результата Оценки):

      1) наименование заявляемой специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       2) соответствует заявляемой категории: вторая, первая, высшая
                                                       (нужное подчеркнуть)
       3) орган, выдавший заключение Оценки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       4) число, месяц, год получения заключения Оценки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       2. Медицинское образование (сканированная копия диплома об образовании):
       1) образование (среднее медицинское образование, послесреднее медицинское,
 высшее медицинское образование)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       2) номер диплома \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       3) серия диплома \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       4) полное наименование организации образования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       5) страна обучения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       6) год поступления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       7) год окончания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       8) специальность по диплому \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       9) квалификация по диплому \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       10) нострификация и/или признание документов об образовании (для лиц,
получивших медицинское образование за пределами Республики Казахстан:
диплом, интернатура, резидентура, клиническая ординатура, магистратура и
другие), (сканированная копия документа о нострификации и/или признании
документов об образовании):
       Страна обучения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       Полное наименование организации образования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       Орган выдавший удостоверение о нострификации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       Номер и дата приказа нострификации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       Регистрационный номер нострификации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       Дата выдачи удостоверения нострификации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       3. Сведения о специальности интернатуры, клинической ординатуры,
резидентуры по заявляемой специальности (для специалистов с высшим медицинским
образованием) (сканированная копия документа):
       1) специальность интернатуры\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       2) год поступления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       3) год окончания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       4) продолжительность обучения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       5) объем обучения в часах \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       6) полное наименование организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       7) место прохождения интернатуры \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       8) специальность клинической ординатуры \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       9) год поступления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       10) год окончания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       11) продолжительность обучения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       12) объем обучения в часах \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       13) полное наименование организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       14) место прохождения клинической ординатуры \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       15) специальность резидентуры \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       16) год поступления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       17) год окончания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       18) продолжительность обучения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       19) объем обучения в часах \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       20) полное наименование организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       21) место прохождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       4. Сведения об удостоверении по переподготовке по заявляемой специальности
(сканированная копия документа):
       1) номер удостоверения по переподготовке \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       2) специальность переподготовки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       3) название обучающей организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       4) объем обучения в часах \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       5) начало обучения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       6) окончание обучения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       5. Сведения действующего свидетельства (сертификата специалиста) с
присвоением категории по заявляемой специальности (при наличии):
       1) дата и номер приказа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       2) номер и код административного документа (далее – НИКАД)
/регистрационный номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       3) орган, выдавший свидетельство\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       4) срок действия свидетельства (сертификата) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       5) специальность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       6) квалификационная категория \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       6. Сведения действующего сертификата для допуска к клинической
практике по заявляемой специальности:
       1) дата и номер приказа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       2) номер НИКАД/регистрационный номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       3) орган, выдавший сертификат\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       4) срок действия свидетельства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       5) специальность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       7. Сведения о настоящем месте работы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       1) стаж работы по заявляемой специальности (лет, месяцев, дней)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       2) общий медицинский стаж (лет, месяцев, дней) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       3) место работы в настоящее время \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       4) занимаемая должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       5) трудовая деятельность по заявляемой специальности**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|
Дата приема |
Дата увольнения |
Место работы |
Занимаемая должность |
Дата и номер приказа (приема либо увольнения с работы) |
|
 |
 |
 |
 |
 |
|
 |
 |
 |
 |
 |

      8. Повышение квалификации за последние 5 лет по заявляемой специальности:
       1) сведения о свидетельстве повышения квалификации по заявляемой специальности
(сканированная копия документа)
       2) номер свидетельства о повышении квалификации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       3) наименование цикла \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       4) название обучающей организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       5) начало обучения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       6) окончание обучения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       7) объем обучения в часах \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|   | Приложение 7к приказуМинистра здравоохранения исоциального развитияРеспублики Казахстанот 30 сентября 2016 года № 831 |
|   | Приложение 4к стандарту государственной услуги"Выдача свидетельства оприсвоении квалификационной категорииспециалистам с медицинским образованием" |
|   | форма  |

      Руководителю
       \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       (наименование территориального
       департамента государственного органа)
       от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       (фамилия, имя, отчество (при его наличии)
       услугополучателя, ИИН)
       Адрес проживания, контактный телефон,
       место работы
       \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Заявление

      Прошу Вас выдать бессрочное свидетельство о присвоении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
квалификационной категории по специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
                                                 (наименование специальности)
       1) Свидетельство (сертификат) № \_\_\_\_\_\_\_\_, от " "\_\_\_\_\_20\_\_\_год по специальности
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
                               (наименование специальности)
       2) Свидетельство (сертификат) № \_\_\_\_\_\_\_\_, от " "\_\_\_\_\_20\_\_\_\_год по специальности
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
                               (наименование специальности)
       3) Свидетельство (сертификат) № \_\_\_\_\_\_\_\_, от " " \_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_год по специальности
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
                               (наименование специальности)

      Я несу ответственность за достоверность указанных сведений.

      Даю согласие на сбор и обработку персональных данных, необходимых для оказания
государственной услуги.

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись услугополучателя)

|  |  |
| --- | --- |
|   | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дата заполнения)  |
|   | Приложение 8к приказуМинистра здравоохранения исоциального развитияРеспублики Казахстанот 30 сентября 2016 года № 831 |
|   |  Приложение 5к стандарту государственной услуги"Выдача свидетельства оприсвоении квалификационной категорииспециалистам с медицинским образованием" |
|   | форма  |

                  Форма сведений
 для получения бессрочного свидетельства о присвоении
       первой, высшей квалификационной категории

      1. Сведения о месте работы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       1) стаж работы по заявляемой специальности (лет, месяцев, дней) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       2) общий медицинский стаж (лет, месяцев, дней)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       3) место работы в настоящее время \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       4) занимаемая должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       5) трудовая деятельность по заявляемой специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|
Дата приема |
Дата увольнения |
Место работы |
Занимаемая должность |
Дата и номер приказа (приема либо увольнения с работы) |
|
 |
 |
 |
 |
 |

      2. Сведения о трех ранее выданных свидетельствах, либо сертификатах специалиста
о присвоении квалификационной категории (сканированные копии свидетельств, либо сертификатов):
       1. Свидетельство (сертификат специалиста) № 1
       1) дата и номер приказа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       2) номер НИКАД/регистрационный номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       3) орган выдавший \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       4) срок действия свидетельства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       5) специальность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       6) квалификационная категория \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       2. Свидетельство (сертификат специалиста) № 2
       1) дата и номер приказа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       2) номер НИКАД/регистрационный номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       3) орган, выдавший свидетельство (сертификат)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       4) срок действия свидетельства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       5) специальность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       6) квалификационная категория \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       3. Свидетельство (сертификат специалиста) № 3
       1) дата и номер приказа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       2) номер НИКАД/регистрационный номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       3) орган, выдавший свидетельство\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       4) срок действия свидетельства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       5) специальность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       6) квалификационная категория \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       4. Повышение квалификации за последние 5 лет по заявляемой специальности
(сканированная копия документа):
       1) сведения о свидетельстве повышения квалификации по заявляемой специальности
       2) номер свидетельства о повышении квалификации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       3) наименование цикла \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       4) название обучающей организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       5) начало обучения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       6) окончание обучения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       7) объем обучения в часах \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|   | Приложение 9к приказуМинистра здравоохранения исоциального развитияРеспублики Казахстанот 30 сентября 2016 года № 831 |
|   | Приложение 1к стандарту государственной услуги"Аккредитация медицинских организацийв целях признания соответствия ихдеятельности стандартам аккредитации" |
|   | форма |

                        Герб Республики Казахстан
Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан
       Комитет контроля медицинской и фармацевтической деятельности

      Свидетельство об аккредитации

      Выдано \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
                   (наименование медицинской организации, юридический адрес)
       На основании Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе
здравоохранения" от 18 сентября 2009 года, результатов внешней комплексной оценки
и решения аккредитационной комиссии (приказ от "\_\_" \_\_\_\_ 20\_\_\_ года №\_\_)
признается аккредитованной сроком на 3 года с присвоением\_\_\_\_ категории
       Настоящее свидетельство потверждает о соответствии деятельности
медицинской оганизаций стандартам аккредитации в области здравоохранения
Республики Казахстан
       Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
                         (фамилия, имя, отчество (при его наличии)

      Дата выдачи свидетельства "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_года
       Дата переоформления свидетельства "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_года
       Регистрационный № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       Город \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|   | Приложение 10к приказуМинистра здравоохранения исоциального развитияРеспублики Казахстанот 30 сентября 2016 года № 831 |
|   | Приложение 2к стандарту государственной услуги"Аккредитация медицинских организацийв целях признания соответствия ихдеятельности стандартам аккредитации" |
|   | форма |

            Герб Республики Казахстан
Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан
       Комитет контроля медицинской и фармацевтической деятельности

      Дубликат свидетельства об аккредитации

      Выдано \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
                   (наименование медицинской организации, юридический адрес)
       На основании Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе
здравоохранения" от 18 сентября 2009 года, результатов внешней комплексной
оценки и решения аккредитационной комиссии (приказ от "\_\_" \_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года №\_\_)
       Настоящее свидетельство удостоверяет о соответствии деятельности
субъекта здравоохранения стандартам аккредитации в области здравоохранения
Республики Казахстан
       Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
                         (фамилия, имя, отчество (при его наличии)

      Дата выдачи свидетельства "\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ года
       Дата выдачи дубликата "\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года
       Регистрационный № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       Город \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|   | Приложение 11к приказуМинистра здравоохранения исоциального развитияРеспублики Казахстанот 30 сентября 2016 года № 831 |
|   | Приложение 3к стандарту государственной услуги"Аккредитация медицинских организацийв целях признания соответствия ихдеятельности стандартам аккредитации" |
|   | форма  |

      В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(полное наименование органа по
аккредитации в области здравоохранения)
от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(полное наименование медицинской организации)

      Заявление

      Прошу аккредитовать \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
                                     (полное наименование организации)
       Сведения об организации:
       1. БИН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       2. Форма собственности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       3. Вид деятельности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       4. Уставной капитал \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       5. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) представителя
       6. Дата регистрации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       7. Свидетельство или справка о государственной (учетной) о регистрации
(перерегистрации) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
                   (№, серия, кем и когда выдано, организационно-правовая форма)

      8. Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(почтовый индекс, область, город, район, населенный пункт, наименование улицы,
номер дома/здания (стационарного помещения))
       9. Расчетный счет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
                         (№ счета, наименование и местонахождение банка)
       10. Филиалы, представительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
                                     (местонахождение и реквизиты)
       11. Номер документа "результат самооценки", дата прохождения самооценки
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       12. № лицензии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       13. Вид деятельности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       14. Прилагаемые документы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       Даю согласие на сбор и обработку персональных данных, необходимых для
оказания государственной услуги.

      Руководитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
                   (подпись)             (фамилия, имя, отчество (при его наличии)

|  |  |
| --- | --- |
|   | Приложение 12к приказуМинистра здравоохранения исоциального развитияРеспублики Казахстанот 30 сентября 2016 года № 831 |
|   | Приложение 4  к стандарту государственной услуги  "Аккредитация медицинских организаций |
|   |  в целях признания соответствия их |
|   | деятельности стандартам аккредитации" |
|   |   |
|   |  форма  |

      В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(полное наименование органа по
аккредитации в области здравоохранения)
от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(полное наименование медицинской организации)

      Заявление
о переоформлении свидетельства об аккредитации

      Прошу переоформить свидетельство об аккредитации в связи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
                         (полное наименование организации)
       Сведения об организации:
       1. БИН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       2. Форма собственности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       3. Вид деятельности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       4. Уставной капитал \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       5. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) представителя
       6. Дата регистрации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       7. Свидетельство или справка о государственной (учетной) регистрации
(перерегистрации) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
             (№, серия, кем и когда выдано, организационно-правовая форма)
       8. Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       (почтовый индекс, область, город, район, населенный пункт, наименование
                   улицы, номер дома/здания (стационарного помещения))
       9. Расчетный счет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
                         (№ счета, наименование и местонахождение банка)
       10. Филиалы, представительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
                         (местонахождение и реквизиты)

      Даю согласие на сбор и обработку персональных данных, необходимых для
оказания государственной услуги.

      Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
                         (подпись)       (фамилия, имя, отчество (при его наличии)

|  |  |
| --- | --- |
|   | Приложение 13к приказуМинистра здравоохранения исоциального развитияРеспублики Казахстанот 30 сентября 2016 года № 831 |
|   | Приложение 5к стандарту государственной услуги"Аккредитация медицинских организацийв целях признания соответствия ихдеятельности стандартам аккредитации" |
|   | форма  |

      В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(полное наименование органа по
аккредитации в области здравоохранения)
от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(полное наименование медицинской организации)

      Заявление
о выдаче дубликата свидетельства об аккредитации

      Прошу выдать дубликат свидетельства об аккредитации в связи (указать
причину) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
                         (полное наименование организации)

      Сведения об организации:
       1. БИН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       2. Форма собственности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       3. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) представителя
       4. Свидетельство или справка о государственной (учетной) регистрации
(перерегистрации) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
             (№, серия, кем и когда выдано, организационно-правовая форма)
       5. Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       (почтовый индекс, область, город, район, населенный пункт, наименование
             улицы, номер дома/здания (стационарного помещения))
       6. Филиалы, представительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
                                           (местонахождение и реквизиты)
       7. Информация о ранее выданном свидетельстве об аккредитации\_\_\_\_\_\_\_\_
             (регистрационный номер, дата выдачи, срок аккредитации)
       Даю согласие на сбор и обработку персональных данных, необходимых для
оказания государственной услуги.

      Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
                   (подпись)            (фамилия, имя, отчество (при его наличии)

|  |  |
| --- | --- |
|   | Приложение 14к приказуМинистра здравоохранения исоциального развитияРеспублики Казахстанот 30 сентября 2016 года № 831 |
|   | Приложение 1к стандарту государственной услуги"Выдача лицензии на медицинскую деятельность"  |
|   | форма  |

      Заявление
физического лица для получения лицензии и
       (или) приложения к лицензии

      В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
                               (полное наименование лицензиара)
от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
             (фамилия имя отчество (при наличии) физического лица,
                   индивидуальный идентификационный номер)
       Прошу выдать лицензию и (или) приложение к лицензии на осуществление
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       (указать полное наименование вида деятельности и (или) подвида(ов)
                               деятельности)
на бумажном носителе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(поставить знак Х в случае, если необходимо получить лицензию на бумажном носителе)
Адрес местожительства физического лица
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(почтовый индекс, область, город, район, населенный пункт, наименование улицы,
                   номер дома/здания (стационарного помещения))
       Электронная почта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       Телефоны \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       Факс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       Банковский счет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
                         (номер счета, наименование и местонахождение банка)
       Адрес объекта осуществления деятельности или действий (операций)
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       (почтовый индекс, область, город, район, населенный пункт, наименование
                   улицы, номер дома/здания (стационарного помещения))
       Прилагается \_\_\_\_\_ листов.
       Настоящим подтверждается, что:
       1) 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;
       2) заявителю не запрещено судом заниматься лицензируемым видом и
(или) подвидом деятельности;
       3) все прилагаемые документы соответствуют действительности и являются
действительными;

      4) заявитель согласен на использование персональных данных ограниченного доступа,
составляющих охраняемую законом тайну, содержащихся в информационных системах,
при выдаче лицензии и (или) приложения к лицензии;

      5) заявитель согласен на удостоверение заявления электронной цифровой подписью
работника Государственной корпорации (в случае обращения через Государственную
корпорацию).
       Физическое лицо \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
                         (подпись) (фамилия, имя, отчество (при его наличии)
       Место печати (при наличии)       Дата заполнения: "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|   | Приложение 15к приказуМинистра здравоохранения исоциального развитияРеспублики Казахстанот 30 сентября 2016 года № 831 |
|   | Приложение 2 к стандарту государственной услуги "Выдача лицензии на медицинскую деятельность"  |
|   | форма  |

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

      В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
                         (полное наименование лицензиара)
от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 (полное наименование, местонахождение, бизнес-идентификационный
номер юридического лица (в том числе иностранного
юридического лица), бизнес-идентификационный номер филиала или
представительства иностранного юридического лица – в случае
отсутствия бизнес-идентификационного номера у юридического лица)
       Прошу выдать лицензию и (или) приложение к лицензии на осуществление
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       (указать полное наименование вида деятельности и (или) подвида(ов)
                                     деятельности)
на бумажном носителе \_\_\_\_\_ (поставить знак Х в случае, если необходимо
получить лицензию на бумажном носителе)
       Адрес юридического лица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
             (почтовый индекс, страна (для иностранного юридического лица),
область, город, район, населенный пункт, наименование улицы, номер дома/здания
(стационарного помещения)
       Электронная почта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       Телефоны \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       Факс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       Банковский счет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
                         (номер счета, наименование и местонахождение банка)
       Адрес объекта осуществления деятельности или действий (операций)
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
             (почтовый индекс, область, город, район, населенный пункт,
       наименование улицы, номер дома/здания (стационарного помещения))
       Прилагается \_\_\_\_\_\_ листов.
       Настоящим подтверждается, что:
       1) 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;
       2) заявителю не запрещено судом заниматься лицензируемым видом и (или)
подвидом деятельности;
       3) все прилагаемые документы соответствуют действительности и являются
действительными;
       4) заявитель согласен на использование персональных данных ограниченного
доступа, составляющих охраняемую законом тайну, содержащихся в информационных
системах, при выдаче лицензии и (или) приложения к лицензии;
       5) заявитель согласен на удостоверение заявления электронной цифровой
подписью работника Государственной корпорации (в случае обращения через
Государственную корпорацию).

      Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
                   (подпись)             (фамилия, имя, отчество (при его наличии)

       Место печати                   Дата заполнения: "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|   | Приложение 16к приказуМинистра здравоохранения исоциального развитияРеспублики Казахстанот 30 сентября 2016 года № 831 |
|   | Приложение 3к стандарту государственной услуги"Выдача лицензии на медицинскуюдеятельность" |
|   | форма  |

      Заявление
физического лица для переоформления лицензии и
             (или) приложения к лицензии

      В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
                         (полное наименование лицензиара)
от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       (фамилия, имя, отчество (при наличии) физического лица, индивидуальный
                               идентификационный номер)
       Прошу переоформить лицензию и (или) приложение к лицензии
                                                 (нужное подчеркнуть)
       №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года, выданную(ое)(ых) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(номер(а) лицензии и (или) приложения(й) к лицензии, дата выдачи, наименование
лицензиара, выдавшего лицензию и (или) приложение(я) к лицензии) на
осуществление \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       (полное наименование вида деятельности и (или) подвида(ов) деятельности)
       по следующему(им) основанию(ям) (укажите в соответствующей ячейке Х):
       1) изменения фамилии, имени, отчества (при его наличии)физического лица
лицензиата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       2) перерегистрация индивидуального предпринимателя-лицензиата, изменение
его наименования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       3) перерегистрация индивидуального предпринимателя-лицензиата,
изменение его юридического адреса \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       4) отчуждение лицензиатом лицензии, выданной по классу "разрешения,
выдаваемые на объекты", вместе с объектом в пользу третьих лиц в случаях, если
отчуждаемость лицензии предусмотрена приложением 1 к Закону Республики Казахстан
"О разрешениях и уведомлениях" от 16 мая 2014 года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       5) изменение адреса места нахождения объекта без его физического перемещения
для лицензии, выданной по классу "разрешения, выдаваемые на объекты" или для
приложений к лицензии с указанием объектов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       6) наличие требования о переоформлении в законах Республики
Казахстан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       7) изменение наименования вида деятельности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       8) изменение наименования подвида деятельности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
на бумажном носителе \_\_\_\_\_\_\_ (поставить знак Х в случае, если необходимо получить
лицензию на бумажном носителе)
       Адрес местожительства физического лица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
почтовый индекс, область, город, район, населенный пункт, наименование улицы, номер
дома/здания (стационарного помещения))
       Электронная почта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       Телефоны \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       Факс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       Банковский счет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       Адрес объекта осуществления деятельности или действий (операций)
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
                   (почтовый индекс, область, город, район, населенный пункт,
             наименование улицы, номер дома/здания (стационарного помещения))
       Прилагается \_\_\_\_\_ листов.
       Настоящим подтверждается, что:
       1) 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;
       2) заявителю не запрещено судом заниматься лицензируемым видом и (или)
подвидом деятельности;
       3) все прилагаемые документы соответствуют действительности и являются
действительными;
       4) заявитель согласен на использование персональных данных ограниченного доступа,
составляющих охраняемую законом тайну, содержащихся в информационных системах,
при выдаче лицензии и (или) приложения к лицензии;
       5) заявитель согласен на удостоверение заявления электронной цифровой подписью
работника Государственной корпорации (в случае обращения через Государственную корпорацию)
       Физическое лицо \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
                         (подпись)             (фамилия, имя, отчество (при его наличии)

       Место печати                         Дата заполнения: "\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|   | Приложение 17к приказуМинистра здравоохранения исоциального развитияРеспублики Казахстанот 30 сентября 2016 года № 831 |
|   | Приложение 4 к стандарту государственной услуги "Выдача лицензии на медицинскую деятельность"  |
|   | форма  |

      Заявление
 юридического лица для переоформления лицензии и
             (или) приложения к лицензии

      В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
                               (полное наименование лицензиара)
от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(полное наименование, местонахождение, бизнес-идентификационный номер
юридического лица (в том числе иностранного юридического лица), биззнес-
идентификационный номер филиала или представительства иностранного
юридического лица – в случае отсутствия бизнес-идентификационного номера у юридического лица)
       Прошу переоформить лицензию и (или) приложение(я) к лицензии
(нужное подчеркнуть) №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_года,
выданную(ое)(ых)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(номер(а) лицензии и (или) приложения(й) к лицензии, дата выдачи, наименование лицензиара,
выдавшего лицензию и (или) приложение(я) к лицензии)
       На осуществление\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(полное наименование вида деятельности и (или) подвида(ов) деятельности) по следующему(им)
основанию(ям) (укажите в соответствующей ячейке Х):
       1) реорганизация юридического лица-лицензиата в соответствии со статьей 34 Закона
Республики Казахстан "О разрешениях и уведомлениях" от 14 мая 2014 года путем (укажите
в соответствующей ячейке Х):
       слияния \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       преобразования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       присоединения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       выделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       разделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       2) изменение наименования юридического лица-лицензиата
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       3) изменение места нахождения юридического лица-лицензиата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       4) отчуждение лицензиатом лицензии, выданной по классу "разрешения, выдаваемые на
объекты", вместе с объектом в пользу третьих лиц в случаях, если отчуждаемость лицензии
предусмотрена приложением 1 к Закону Республики Казахстан "О разрешениях и уведомлениях"
от 14 мая 2014 года\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       5) изменение адреса места нахождения объекта без его физического перемещения для
лицензии, выданной по классу "разрешения, выдаваемые на объекты" или для приложений к
лицензии с указанием объектов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       6) наличие требования о переоформлении в законах Республики Казахстан
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       7) изменение наименования вида деятельности
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       8) изменение наименования подвида деятельности
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
на бумажном носителе \_\_\_\_\_ (поставить знак Х в случае, если необходимо получить лицензию
на бумажном носителе)
       Адрес юридического лица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(страна – для иностранного юридического лица, почтовый индекс, область, город, район,
населенный пункт, наименование улицы, номер дома/здания (стационарного помещения)
       Электронная почта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       Телефоны \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       Факс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       Банковский счет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
                               (номер счета, наименование и местонахождение банка)
       Адрес объекта осуществления деятельности или действий (операций)
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 (почтовый индекс, область, город, район, населенный пункт, наименование улицы, номер дома/
                         здания (стационарного помещения))
       Прилагается \_\_\_\_\_\_ листов.
       Настоящим подтверждается, что:
       1) 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;
       2) заявителю не запрещено судом заниматься лицензируемым видом и (или) подвидом
деятельности;
       3) все прилагаемые документы соответствуют действительности являются действительными;
       4) заявитель согласен на использование персональных данных ограниченного доступа,
составляющих охраняемую законом тайну, содержащихся в информационных системах, при выдаче
лицензии и (или) приложения к лицензии;
       5) заявитель согласен на удостоверение заявления электронной цифровой подписью работника
Государственной корпорации (в случае обращения через Государственную корпорацию).

      Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
                         (подпись)       (фамилия, имя, отчество (при его наличии)

      Место печати                         Дата заполнения: "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

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