

**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 1 к приказу Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 сентября 2016 года № 831 |
|  | Приложение 1  к стандарту государственной услуги "Выдача сертификата специалиста для допуска 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 2 к приказу Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 сентября 2016 года № 831 |
|  | Приложение 2 к стандарту государственной услуги "Выдача сертификата специалиста для 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 3 к приказу Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 сентября 2016 года № 831 |
|  | Приложение 3  к стандарту государственной услуги  "Выдача сертификата специалиста для 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 4 к приказу Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 сентября 2016 года № 831 |
|  | Приложение 1 к стандарту государственной услуги "Выдача свидетельства о  присвоении квалификационной категории специалистам 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 5 к приказу Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 сентября 2016 года № 831 |
|  | Приложение 2   к стандарту государственной услуги "Выдача свидетельства о присвоении квалификационной категории специалистам с медицинским образованием" |
|  | 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 6 к приказу Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 сентября 2016 года № 831 |
|  | Приложение 3 к стандарту государственной услуги "Выдача свидетельства о присвоении квалификационной категории специалистам 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 7 к приказу Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 сентября 2016 года № 831 |
|  | Приложение 4 к стандарту государственной услуги "Выдача свидетельства о присвоении квалификационной категории специалистам 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 8 к приказу Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 сентября 2016 года № 831 |
|  | Приложение 5 к стандарту государственной услуги "Выдача свидетельства о присвоении квалификационной категории специалистам 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 9 к приказу Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 сентября 2016 года № 831 |
|  | Приложение 1 к стандарту государственной услуги "Аккредитация медицинских организаций в целях признания соответствия их деятельности 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 10 к приказу Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 сентября 2016 года № 831 |
|  | Приложение 2 к стандарту государственной услуги "Аккредитация медицинских организаций в целях признания соответствия их деятельности 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 11 к приказу Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 сентября 2016 года № 831 |
|  | Приложение 3 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

      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 12 к приказу Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 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 13 к приказу Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 сентября 2016 года № 831 |
|  | Приложение 5 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 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 14 к приказу Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 сентября 2016 года № 831 |
|  | Приложение 1 к 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 15 к приказу Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 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 16 к приказу Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 сентября 2016 года № 831 |
|  | Приложение 3 к стандарту государственной услуги "Выдача лицензии на медицинскую деятельность" |
|  | 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 17 к приказу Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 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