



ПРИЛОЖЕНИЕ К ЛИЦЕНЗИИ

Номер лицензии 23010190

Дата выдачи лицензии 28.04.2023 год

Подвид(ы) лицензируемого вида деятельности

- Амбулаторно-поликлиническая помощь детскому населению по специальностям
- Первичная медико-санитарная помощь
- Доврачебная

(наименование подвида лицензируемого вида деятельности в соответствии с Законом Республики Казахстан «О разрешениях и уведомлениях»)

Лицензиат

Коммунальное государственное казенное предприятие "Баянауыл ауылының сәбилер бақшасы" отдела образования Баянаульского района, управления образования Павлодарской области

140300, Республика Казахстан, Павлодарская область, Баянаульский район, Баянаульский с.о., с.Баянауыл, улица Каныша Сатпаева, дом № 4А, БИН: 110340007199

(полное наименование, местонахождение, бизнес-идентификационный номер юридического лица (в том числе иностранного юридического лица), бизнес-идентификационный номер физлица или представительства иностранного юридического лица – в случае отсутствия бизнес-идентификационного номера у юридического лица/полностью фамилия, имя, отчество (в случае наличия), индивидуальный идентификационный номер физического лица)

Производственная база

Республика Казахстан, Павлодарская область, Баянаульский район, Баянаульский сельский округ, село Баянауыл, улица Каныша Сатпаева, здание № 4 А

(местонахождение)

Особые условия действия лицензии

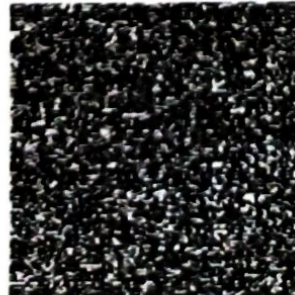
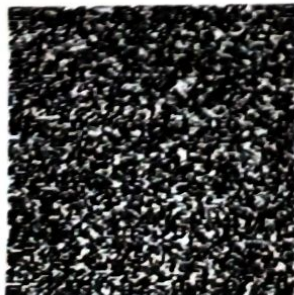
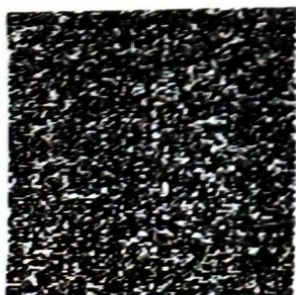
1. Лицензия является действительна на территории Республики Казахстан. 2. Лицензия является постоянной и действительной при условии повышения квалификации по специальности через каждые пять лет.

(в соответствии со статьей 36 Закона Республики Казахстан «О разрешениях и уведомлениях»)

Лицензиар

Республиканское государственное учреждение "Департамент Комитета медицинского и фармацевтического контроля Министерства здравоохранения Республики Казахстан по Павлодарской области". Министерство здравоохранения Республики Казахстан.

(полное наименование органа, выдавшего приложение к лицензии)



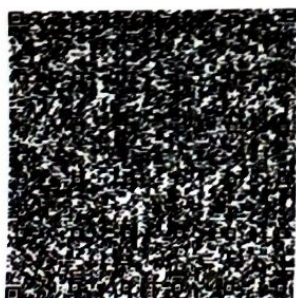


ЛИЦЕНЗИЯ

Дата первичной выдачи

**Срок действия
лицензии**

Место выдачи **г.Павлодар**



**Руководитель
(уполномоченное лицо)**

Шугаипова Алия Тулегеновна

(фамилия, имя, отчество (в случае наличия))

Номер приложения

001

Срок действия

**Дата выдачи
приложения**

28.04.2023

Место выдачи

г.Павлодар

(наименование подвида лицензируемого вида деятельности в соответствии с Законом Республики Казахстан «О разрешениях и уведомлениях»)





ЛИЦЕНЗИЯ

28.04.2023 года

23010190

Выдана

Коммунальное государственное казенное предприятие "Баянауыл ауылының сабилер бақшасы" отдела образования Баянаульского района, управления образования Павлодарской области

140300, Республика Казахстан, Павлодарская область, Баянаульский район, Баянаульский с.о., с.Баянаул, улица Каныша Сатпасва, дом № 4А
БИН: 110340007199

(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/полностью фамилия, имя, отчество (в случае наличия), индивидуальный идентификационный номер физического лица)

на занятие

Медицинская деятельность

(наименование лицензируемого вида деятельности в соответствии с Законом Республики Казахстан «О разрешениях и уведомлениях»)

Особые условия

1. Лицензия является действительна на территории Республики Казахстан.

2. Лицензия является постоянной и действительной при условии повышения квалификации по специальности через каждые пять лет.

(в соответствии со статьей 36 Закона Республики Казахстан «О разрешениях и уведомлениях»)

Примечание

Неотчуждаемая, класс 1

(отчуждаемость, класс разрешения)

Лицензиар

Республиканское государственное учреждение "Департамент Комитета медицинского и фармацевтического контроля Министерства здравоохранения Республики Казахстан по Павлодарской области". Министерство здравоохранения Республики Казахстан.

(полное наименование лицензиара)

**Руководитель
(уполномоченное лицо)**

Шугаипова Алия Тулегеновна

(фамилия, имя, отчество (в случае наличия))

