

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

В Министерство здравоохранения Республики Казахстан. Республиканское государственное учреждение "Департамент Комитета медицинского и фармацевтического контроля Министерства здравоохранения Республики Казахстан по городу Алматы"

(полное наименование лицензиара)

от Коммунальное государственное предприятие на праве хозяйственного ведения "Городская поликлиника №21" Управления общественного здравоохранения города Алматы, БИН: 100140005292, 050028, РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН, Г.АЛМАТЫ, ЖЕТЫСУСКИЙ РАЙОН, Микрорайон Кокжиек, дом № 66

(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:

Медицинская деятельность

Амбулаторно-поликлиническая помощь взрослому и (или) детскому населению по специальностям

Консультативно-диагностическая помощь

- Акушерство и гинекология
- Ангиохирургия

Диагностика

- Ультразвуковая
- Функциональная
- Кардиология

Медицинская реабилитология, восстановительное лечение

- Лечебная физкультура
- Массаж
- Физиотерапия

- Невропатология
- Общая врачебная практика

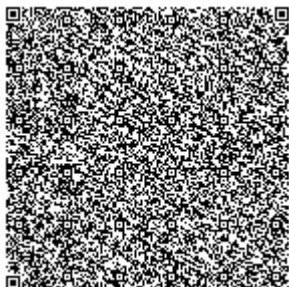
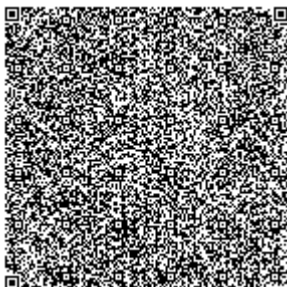
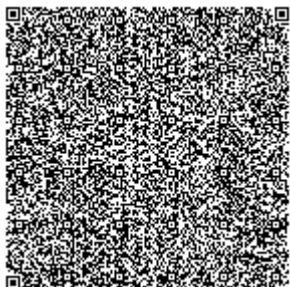
Общая хирургия

- Абдоминальная
- Колопроктология
- Торакальная

- Онкология
- Оториноларингология
- Офтальмология
- Стоматология
- Травматология -ортопедия
- Эндокринология

Первичная медико-санитарная помощь

- Доврачебная
- Квалифицированная



Амбулаторно-поликлиническая помощь взрослому населению по специальностям

Консультативно-диагностическая помощь

- Урология

Амбулаторно-поликлиническая помощь детскому населению по специальностям

Консультативно-диагностическая помощь

- Педиатрия

Стационарозамещающая помощь взрослому и детскому населению по специальностям

- Акушерство и гинекология

- Кардиология

Медицинская реабилитология, восстановительное лечение

- Лечебная физкультура

- Массаж

- Физиотерапия

- Невропатология

- Общая врачебная практика

Стационарозамещающая помощь детскому населению по специальностям

- Педиатрия

(указать полное наименование вида деятельности и (или) подвида(ов) деятельности)

Адрес юридического лица 050028, РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН, Г.АЛМАТЫ, Микрорайон Кокжиек, дом № 66

(почтовый индекс, страна (для иностранного юридического лица), область, город, район, населенный пункт, наименование улицы, номер дома/здания (стационарного помещения))

Электронная почта gkkp-gp21@mail.ru

Телефоны 8 707 718 0106

Факс

Банковский счет KZ8896502F0008899565, АО "FORTEBANK", г.Алматы ул.Жибек Жолы 50

(Номер счета, наименование и местонахождение банка)

Адрес объекта 050014, Республика Казахстан, город Алматы, Жетысуский район, улица
осуществления Северное кольцо, д. 99/4

деятельности или (почтовый индекс, область, город, район, населенный пункт, наименование улицы, номер
действий (операций) дома/здания (стационарного помещения))

Прилагается 3 листа

Настоящим подтверждается, что:

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;

заявителю не запрещено судом заниматься лицензируемым видом и (или) подвидом деятельности;

все прилагаемые документы соответствуют действительности и являются действительными;

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

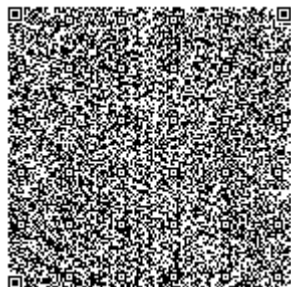
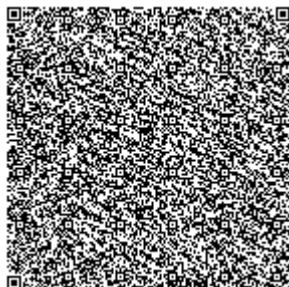
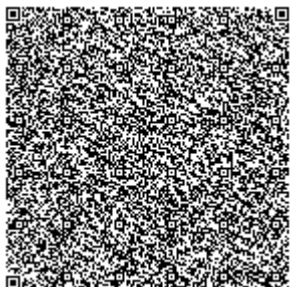
Настоящим подтверждаю, что несу ответственность в соответствии с законодательством Республики Казахстан за достоверность представляемой (заполненной) мной информации.

Руководитель

Кудабаев Ерлан Шаханович

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при его наличии))



Место для электронной цифровой
подписи

Дата заполнения: 30.10.2024 года

