

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

В Министерство здравоохранения Республики Казахстан, республиканское государственного учреждения "Департамент Комитета медицинского и фармацевтического контроля Министерства здравоохранения Республики Казахстан по Акмолинской области"

(полное наименование лицензиара)

от Государственное коммунальное предприятие на праве хозяйственного ведения "Городская поликлиника" при управлении здравоохранения Акмолинской области, БИН: 030640002677, 020000, РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН, АКМОЛИНСКАЯ ОБЛАСТЬ, КОКШЕТАУ Г.А., Г.КОКШЕТАУ, улица Е.Н. Ауельбекова, дом № 94

(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 детскому населению по специальностям

Первичная медико-санитарная помощь

• Доврачебная

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

Адрес юридического лица 020000, РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН, АКМОЛИНСКАЯ ОБЛАСТЬ, КОКШЕТАУ Г.А., Г.КОКШЕТАУ, улица Е.Н.Ауельбекова, дом № 94

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

Электронная почта gorg-pol@kokshetau-gorpol.kz

Телефоны 25-08-51

Факс

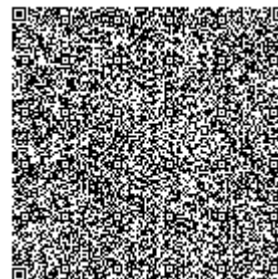
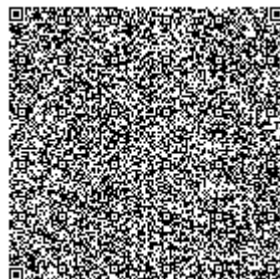
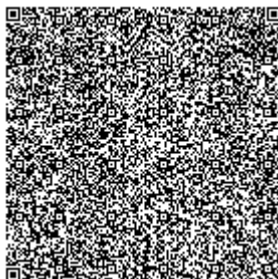
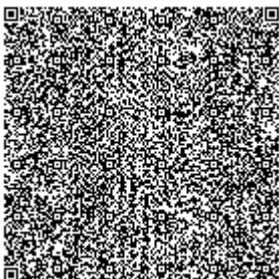
Банковский счет KZ626010321000040385, Акмолинский обл №329900АО Народный Банк Казахстана, Горького, 33

(Номер счета, наименование и местонахождение банка)

Адрес объекта обл. Акмолинская, г. Кокшетау, ул. М.Ауэзова, д. 48Б,

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

Прилагается 2 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

(подпись)

Сабатаева Галия Зиябековна

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

Место для электронной цифровой
подписи

Дата заполнения: 30.04.2026 года

