

Адрес объекта
осуществления
деятельности или
действий (операций)

Республика Казахстан, Карагандинская область, город Жезказган, улица
Пугачева, 16

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

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)

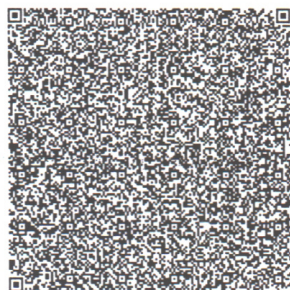
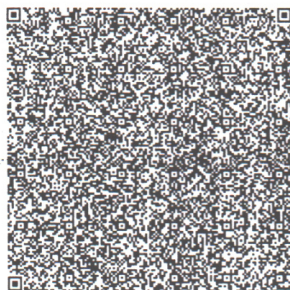
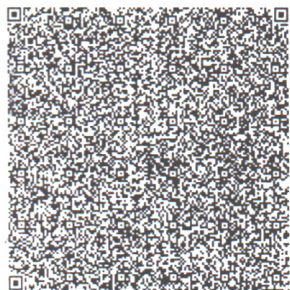
Ахметжанова Лазат Айткуловна

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

Место для электронной цифровой
подписи

Дата заполнения: 11.01.2023 года

настоящим подтверждается, что:



**Заявление
юридического лица для переоформления 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 области Ұлытау"

(полное наименование лицензиара)

от Коммунальное государственное казенное предприятие "Ясли-сад «Айсұлу» отдела образования города Жезказгана управления образования области Ұлытау, БИН: 990140003399, 100600, Республика Казахстан, область Ұлытау, Жезказган Г.А., г.Жезказган, улица Пугачева, дом № 16

(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 переоформить лицензию и (или) приложение к лицензии № 00762DM от 25.01.2016 г., выданную (ос)(ых) Управление здравоохранения Карагандинской области

(номер(а) лицензии и (или) приложения(й) к лицензии, дата выдачи, наименование лицензиара, выдавшего лицензию и (или) приложение(я) к лицензии)

на осуществление:

Медицинская деятельность

- Первичная медико-санитарная помощь
- Доврачебная помощь

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

по следующему(им) основанию(ям):

1. Изменение наименования юридического лица

Адрес юридического лица 100600, Республика Казахстан, область Ұлытау, Жезказган Г.А., г.Жезказган, улица Пугачева, дом № 16

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

Электронная почта Ido_Aisulu@mail.ru

Телефоны 87774236471

Факс

Банковский счет

(Номер счета, наименование и местонахождение банка)

