

Об утверждении Правил оказания государственной услуги "Выдача лицензии на медицинскую деятельность"

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 1 июня 2020 года № ҚР ДСМ-59/2020. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 2 июня 2020 года № 20809.

В соответствии с подпунктом 1) статьи 10 Закона Республики Казахстан "О государственных услугах", ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить прилагаемые Правила оказания государственной услуги "Выдача лицензии на медицинскую деятельность".

2. Комитету контроля качества и безопасности товаров и услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан в установленном законодательством Республики Казахстан порядке обеспечить:

1) государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан;

2) размещение настоящего приказа на официальном интернет ресурсе Министерства здравоохранения Республики Казахстан;

3) в течение десяти рабочих дней после государственной регистрации в Министерстве юстиции Республики Казахстан предоставление в Юридический департамент Министерства здравоохранения Республики Казахстан сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1) и 2) настоящего пункта.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на курирующего вице-министра здравоохранения Республики Казахстан.

4. Настоящий приказ вводится в действие по истечении двадцати одного календарного дня после дня его первого официального опубликования.

*Министр здравоохранения
Республики Казахстан*

Е. Биртанов

С О Г Л А С О В А Н

Министерство цифрового развития,
инноваций и аэрокосмической промышленности
Республики Казахстан

Приложение к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 1 июня 2020 года
№ ҚР ДСМ-59/2020

Правила оказания государственной услуги "Выдача лицензии на медицинскую деятельность"

Глава 1. Общие положения

1. Настоящие Правила разработаны в соответствии подпунктом 1) статьи 10 Закона Республики Казахстан от 15 апреля 2013 года "О государственных услугах" (далее-Закон) и определяют порядок оказания государственной услуги "Выдача лицензии на медицинскую деятельность" (далее – Правила).

2. Государственная услуга "Выдача лицензии на медицинскую деятельность" (далее – государственная услуга) оказывается местными исполнительными органами областей, городов республиканского значения и столицы (далее – услугодатель) физическим и юридическим лицам (далее – услугополучатели) для осуществления медицинской деятельности на территории Республики Казахстан.

3. Прием заявления и выдача результата оказанной государственной услуги осуществляются через:

1) Некоммерческое акционерное общество "Государственная корпорация "Правительство для граждан" (далее – Государственная корпорация);

2) веб-портал "электронного правительства" www.egov.kz, www.elicense.kz (далее – портал).

Государственная услуга оказывается по месту регистрации услугополучателя в порядке "электронной" очереди, без ускоренного обслуживания.

4. Перечень основных требований к оказанию государственной услуги, включающий характеристики процесса, форму, содержание и результат оказания, а также иные сведения с учетом особенностей предоставления государственной услуги изложены согласно приложению 1 к настоящим Правилам.

5. Результат оказания государственной услуги либо мотивированный ответ об отказе в оказании государственной услуги, при обращении услугополучателя за получением лицензии и (или) приложения к лицензии:

на бумажном носителе - оформляется в электронной форме, распечатываются и заверяются печатью услугодателя и подписью руководителя услугодателя и передается в Государственную корпорацию;

через портал - оформляется в электронной форме, удостоверяется электронной цифровой подписью (далее – ЭЦП) уполномоченного лица услугодателя, направляется на портал и хранится в "личном кабинете" услугополучателя.

6. Оплата лицензионного сбора, в размере, установленном статьей 554 Кодекса Республики Казахстан от 25 декабря 2017 года "О налогах и других обязательных платежах в бюджет (Налоговый кодекс)", осуществляется в наличной и безналичной форме через банки второго уровня и организации, осуществляющие отдельные виды

банковских операций, а также через платежный шлюз портала "электронного правительства" (далее – ПШЭП).

Глава 2. Порядок оказания государственной услуги "Выдача лицензии на медицинскую деятельность"

7. Услугополучатель и (или) работник Государственной корпорации из соответствующих государственных информационных систем через шлюз "электронного правительства" получает сведения:

- 1) о документах, удостоверяющих личность;
- 2) о государственной регистрации (перерегистрации) услугополучателя в качестве юридического лица либо индивидуального предпринимателя;
- 3) о наличии лицензии на медицинскую деятельность;
- 4) удостоверяющие право собственности, аренды или доверительного управления государственным имуществом на помещение или здание, заключенных сроком более одного года;
- 5) об оплате суммы лицензионного сбора (в случае оплаты через ПШЭП);
- 6) о регистрации объекта недвижимости.

В случае предоставления услугополучателем неполного пакета документов согласно перечню, предусмотренному пунктом 8 приложения 1 к настоящим Правилам, работник Государственной корпорации отказывает в приеме заявления и выдает расписку об отказе в приеме документов по форме, согласно приложению 2 к настоящим Правилам.

В случае предоставления услугополучателем неполного пакета документов через портал, услугодатель в течение двух рабочих дней готовит мотивированный ответ об отказе в дальнейшем рассмотрении заявления.

При сдаче документов:

в Государственную корпорацию - услугополучателю выдается расписка о приеме соответствующих документов;

через "портал" - в личном кабинете услугополучателя отображается статус о принятии запроса для оказания государственной услуги.

При обращении услугополучателя на портал документы подаются в электронных копиях.

8. Сроки оказания государственной услуги:

с момента сдачи пакета документов в Государственную корпорацию, а также при обращении на портал:

при выдаче лицензии и (или) приложения к лицензии – 13 (тринадцать) 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.

При обращении в Государственную корпорацию, день приема документов не входит в срок оказания государственной услуги, при этом результат оказания государственной услуги услугодателем предоставляется в Государственную корпорацию за день до окончания срока оказания государственной услуги.

9. В соответствии с подпунктом 11) пункта 2 статьи 5 Закона внесение данных в информационную систему мониторинга оказания государственных услуг устанавливаются Правилами внесения данных в информационную систему мониторинга оказания государственных услуг о стадии оказания государственной услуги, утвержденными приказом исполняющего обязанности Министра транспорта и коммуникаций Республики Казахстан от 14 июня 2013 года № 452 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 8555).

10. Обжалование решений, действий (бездействий) услугодателя по вопросам оказания государственных услуг осуществляется путем подачи жалобы на имя руководителя услугодателя, уполномоченных органов в области здравоохранения или по вопросам оказания государственных услуг.

Сроки рассмотрения жалоб со дня регистрации:

1) услугодателем - в течение 5 (пяти) рабочих дней.

2) уполномоченными органами в области здравоохранения или по вопросам оказания государственных услуг – в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней.

В случае несогласия с результатами оказания государственной услуги услугополучатель обращается в суд в установленном законодательством Республики Казахстан порядке.

Приложение 1
к Правилам оказания государственной
услуги "Выдача лицензии на
медицинскую деятельность"

Стандарт государственной услуги "Выдача лицензии на медицинскую деятельность"

1	Наименование услугодателя	Местные исполнительные органы областей, городов республиканского значения и столицы
2	Способы предоставления государственной услуги	1) некоммерческое акционерное общество "Государственная корпорация " Правительство для граждан" (Государственная корпорация); 2) веб-портал "электронного правительства" www.egov.kz , www.elicense.kz (далее-портал)
3	Срок оказания государственной услуги	13 (тринадцать) рабочих дней

4	Форма оказания	Электронная (частично автоматизированная) и (или) бумажная
5	Результат оказания государственной услуги	лицензия и (или) приложение к лицензии, переоформление лицензии и (или) приложения к лицензии, дубликат лицензии и (или) приложения к лицензии на медицинскую деятельность, либо мотивированный ответ об отказе в оказании государственной услуги
6	Размер оплаты	Государственная услуга оказывается платно, взимается следующий л и ц е н з и о н н ы й с б о р : 1) за выдачу лицензии – 10 месячных расчетных показателей (далее – МРП)); 2) за переоформление лицензии – 10 % от ставки при выдаче лицензии, но н е б о л е е 4 М Р П ; 3) за выдачу дубликата лицензии – 100 % от ставки при выдаче лицензии.
7	График работы	1) услугодатель – 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 д н е й ; 2) Государственная корпорация – с понедельника по субботу, в соответствии с установленным графиком работы с 9-00 часов до 20-00 часов, без перерыва на обед, за исключением воскресенья и праздничных д н е й ; 3) портал – круглосуточно, за исключением технических перерывов, связанных с проведением ремонтных работ (при обращении услугополучателя после окончания рабочего времени, в выходные и праздничные дни прием заявлений и выдача результатов оказания государственной услуги осуществляется следующим рабочим днем).
8	Перечень документов	1) для получения лицензии и приложения к лицензии: заявление (для физических лиц согласно приложению 3, для юридических лиц согласно приложению 4 к настоящим Правилам); документ, удостоверяющий личность - для физического лица (требуется для и д е н т и ф и к а ц и и л и ч н о с т и); документ, подтверждающий уплату в бюджет лицензионного сбора за право занятия отдельными видами деятельности за исключением оплаты через платежный шлюз "электронного правительства" (далее-ПШЭП); форма сведений, подтверждающая наличие сведений и документов в соответствии с квалификационными требованиями, предъявляемые при лицензировании медицинской деятельности, согласно приложению 5 к н а с т о я щ и м П р а в и л а м ; документ, удостоверяющий право собственности, аренды или доверительного управления государственным имуществом на помещение или здание, заключенные на срок менее одного года (нотариально засвидетельствованные в случае непредставления оригинала для сверки); диплом о высшем или среднем медицинском образовании (нотариально засвидетельствованные в случае непредставления оригинала); удостоверения о прохождении переподготовки или свидетельства о прохождении повышения квалификации (нотариально засвидетельствованные в случае непредставления оригинала); копия сертификата специалиста по заявляемой специальности; документ, подтверждающий трудовую деятельность работника, согласно заявляемым подвидам деятельности в соответствии со статьей 35 Трудового кодекса Республики Казахстан (нотариально засвидетельствованного в случае непредставления оригинала); 2) при переоформлении лицензии и (или) приложения к лицензии: заявление (для физических лиц согласно приложению 6, для юридических лиц согласно приложению 7 к настоящим Правилам);

		документ, подтверждающий уплату лицензионного сбора, за право занятия отдельными видами деятельности, за исключением оплаты через ПШЭП, для случаев переоформления лицензии; копии документов, содержащих информацию об изменениях, послуживших основанием для переоформления лицензии и (или) приложения к лицензии, за исключением документов, информация из которых содержится в государственных информационных системах; Услугополучатель при получении переоформленной лицензии возвращает услугодателю ранее выданную на бумажном носителе лицензию и (или) приложение к лицензии. 3) для получения дубликата лицензии и (или) приложения к лицензии: заявление (для физических лиц согласно приложению 8, для юридических лиц согласно приложению 9 к настоящим Правилам); документ, подтверждающий уплату в бюджет лицензионного сбора за право занятия отдельными видами деятельности, за исключением оплаты через ПШЭП. При обращении услугополучателя на портал документы подаются в электронных копиях.
9	Основания для отказа в оказании государственной услуги, установленные законодательством Республики Казахстан	1) установление недостоверности представленных документов 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 нормативными правовыми актами Республики Казахстан; 3) в отношении услугополучателя имеется вступившее в законную силу решение суда, на основании которого он лишен специального права, связанного с получением государственной услуги.
10	Иные требования с учетом особенностей оказания государственной услуги, в том числе оказываемой в электронной форме	1. Услугополучатель имеет возможность получения информации о порядке и статусе оказания государственной услуги в режиме удаленного доступа посредством "личного кабинета" портала, а также единого контакт-центра. 2. Контактные телефоны справочных служб по вопросам оказания государственной услуги указаны на интернет-ресурсе уполномоченного органа в области здравоохранения www.gov.egov.kz. Номера телефонов единого контакт-центра по вопросам оказания государственных услуг - 1414, 8-800-080-7777.

Приложение 2
к Правилам оказания государственной
услуги "Выдача лицензии на
медицинскую деятельность"
форма

**(фамилия, имя, отчество (при его наличии)
либо наименование Организации услугополучателя)**

(адрес услугополучателя)

Расписка
об отказе в приеме документов

Руководствуясь подпунктом 2 статьи 20 Закона Республики Казахстан от 15 апреля 2013 года "О государственных услугах", отдел № _____ филиала Государственной корпорации (указать адрес) отказывает в приеме документов на оказание государственной услуги (указать наименование государственной услуги в соответствии с Правилами) ввиду представления Вами неполного пакета документов согласно перечню, предусмотренному _____, а именно:

Наименование отсутствующих документов:

1) _____;

2) _____;

3) _____.

Настоящая расписка составлена в 2 экз., по одному для каждой стороны. фамилия, имя, отчество (при его наличии) (работника Государственной корпорации)

(подпись) _____

Исп. фамилия, имя, отчество (при его наличии) _____

Тел.: _____

Получил: _____

фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись услугополучателя/

" _____ " _____ 20 ____ г.

Приложение 3
к Правилам оказания 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 X 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

к о р п о р а ц и ю) .

Физическое лицо _____

(подпись)

(ФИО (при его наличии))

Место

печати

(при

наличии)

Дата заполнения: " _____ " _____ 20 _____ года.

Приложение 4

к Правилам оказания 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
ю р и д и ч е с к о г о л и ц а

– в случае отсутствия бизнес-идентификационного номера у юридического лица)

Прошу выдать лицензию и (или) приложение к лицензии на
о с у щ е с т в л е н и е

(указать полное наименование вида деятельности и (или) подвида(ов)
деятельности) на бумажном носителе _____ (поставить знак X в случае, если
н е о б х о д и м о

получить лицензию на бумажном носителе)

Адрес юридического лица _____

(почтовый индекс, страна (для иностранного юридического лица), область, город,
р а й о н ,
населенный пункт, наименование улицы, номер дома/здания (стационарного
п о м е щ е н и я)

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,

н о м е р

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) _____ (ФИО (при его наличии))

М е с т о п е ч а т и

Дата заполнения: " _____ " _____ 20____ года.

Приложение 5
к Правилам оказания государственной
услуги "Выдача лицензии на
медицинскую деятельность"
форма

Форма сведений, подтверждающая наличие сведений и документов в соответствии с

квалификационными требованиями, предъявляемые при лицензировании медицинской деятельности.

Сведения, подтверждающие наличие:

1. Помещения или здания на праве собственности или договора аренды и поэтажного плана указанного

п о м е щ е н и я

(з д а н и я) :

Сведения о регистрации объекта недвижимости

1) Кадастровый номер _____

2) Местоположения _____

3) Номер свидетельства о государственной регистрации недвижимости _____

4) Номер договора об аренде _____

5) Дата договора об аренде _____

2. Медицинского и (или) специального оборудования, аппаратуры и
инструментария, приборов,
мебели, инвентаря, транспортных и других средств, согласно заявляемым подвидам
м е д и ц и н с к о й
деятельности:

№ п/п	Наименование медицинского и (или) специального оборудования, аппаратуры и инструментария, приборов, мебели, инвентаря, транспортных и других средств (по паспорту)	Страна производитель	Единица измерения	Количество	Год выпуска	Состояние (рабочее/ не рабочее)

3. Соответствующего образования согласно заявляемым подвидам медицинской
д е я т е л ь н о с т и :

Сведения о медицинском образовании

1) Специальность по диплому _____

2) Квалификация по диплому _____

3) Номер диплома _____

4) Серия диплома _____

5) Полное наименование организации образования _____

6) Год поступления _____

7) Год окончания _____

8) Сведения о нострификации диплома (при необходимости) _____

4. Специализации или усовершенствования и других видов повышения
к в а л и ф и к а ц и и за последние

5 лет по заявляемым подвидам медицинской деятельности:

Сведения о повышении квалификации по заявляемой специальности

1) Номер документа _____

2) Наименование цикла _____

3) Полное наименование обучающей организации _____

4) Начало обучения _____

5) Окончание обучения _____

6) Количество часов _____

5. Соответствующего сертификата специалиста:

Сведения о сертификате специалиста

1) Наименование специальности, по которой выдан сертификат специалиста

2) Квалификационная категория (при наличии – указать)

3) Орган, выдавший сертификат специалиста

4) Регистрационный номер

5) Дата выдачи _____

6) Срок действия сертификата _____

6. Штат медицинских работников, который подтверждается сведениями о
медицинских _____ работников:

Сведения о медицинских работниках медицинских организаций (для юридического
лица)

_____ (наименование субъекта здравоохранения)

(по состоянию на " _____ " _____ 20__ года).

№ п/ п	Фамилия	Имя	Отчество	Занимаемая должность	Образование	Стаж по специальности	Номер, серия диплома Специальность и квалификация по диплому	Полное наименование организации образования Г о д поступления Г о д окончания	Свидетельство о нострификации диплома (при необходимости)

7. У физических лиц – стажа работы по специальности не менее 5 лет по
з а я в л я е м ы м _____ п о д в и д а м
м е д и ц и н с к о й _____ деятельности:

Трудовая деятельность по заявляемой специальности (для физического лица)

1) Наименование медицинской организации _____

2) Местонахождение организации _____

3) Занимаемая должность _____

4) Дата приема на работу по заявляемой специальности _____

5) Дата увольнения _____

Приложение 6
к Правилам оказания 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 X):

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,
в ы д а в а е м ы е _____ н а
объекты", вместе с объектом в пользу третьих лиц в случаях, если отчуждаемость
л и ц е н з и и _____
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
д л я _____
лицензии, выданной по классу "разрешения, выдаваемые на объекты" или для
п р и л о ж е н и й _____ 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 X в случае, если необходимо получить
лицензию _____ на _____ бумажном _____ носителе)

Адрес местожительства физического лица _____

(почтовый индекс, область, город, район, населенный пункт, наименование улицы,
н о м е р
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,
н о м е р
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 (и
л и)

п р и л о ж е н и я _____ к _____ л и ц е н з и и ;

2) заявителю не запрещено судом заниматься лицензируемым видом и (или)
п о д в и д о м
д е я т е л ь н о с т и ;

3) все прилагаемые документы соответствуют действительности и являются
д е й с т в и т е л ь н ы м и ;

4) заявитель согласен на использование персональных данных ограниченного
д о с т у п а ,
составляющих охраняемую законом тайну, содержащихся в информационных системах
, _____ п р и
выдаче лицензии и (или) приложения к лицензии;

5) заявитель согласен на удостоверение заявления электронной цифровой подписью
работника Государственной корпорации (в случае обращения через Государственную
к о р п о р а ц и ю) .

Физическое лицо _____
(подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

М е с т о _____ п е ч а т и

Дата заполнения: " ____ " _____ 20 ____ года.

**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), бизнес
идентификационный номер филиала или представительства иностранного
ю р и д и ч е с к о г о

лица – в случае отсутствия бизнес-идентификационного номера у юридического лица)

Прошу переоформить лицензию и (или) приложение(я) к лицензии
(н у ж н о е п о д ч е р к н у т ь)

№ _____ 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 X):

1) реорганизация юридического лица-лицензиата в соответствии со статьей 34
З а к о н а

Республики Казахстан "О разрешениях и уведомлениях" от 14 мая 2014 года (далее –
З а к о н)

путем (укажите в соответствующей ячейке X):

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,

в ы д а в а е м ы е н а
объекты", вместе с объектом в пользу третьих лиц в случаях, если отчуждаемость
л и ц е н з и и
предусмотрена приложением 1 к Закону

— — — — —

— — — — —

5) изменение адреса места нахождения объекта без его физического перемещения
д л я
лицензии, выданной по классу "разрешения, выдаваемые на объекты" или для
п р и л о ж е н и й 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 X в случае, если необходимо

п о л у ч и т ь

лицензию на бумажном носителе).

Адрес юридического лица _____

(страна – для иностранного юридического лица, почтовый индекс, область, город,

р а й о н ,

населенный пункт, наименование улицы, номер дома/здания (стационарного

п о м е щ е н и я) .

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) **п о д в и д о м**
д е я т е л ь н о с т и ;

3) все прилагаемые документы соответствуют действительности являются **д е й с т в и т е л ь н ы м и** ;

4) заявитель согласен на использование персональных данных ограниченного доступа, составляющих охраняемую законом тайну, содержащихся в информационных системах, при выдаче лицензии и (или) **п р и л о ж е н и я** к **л и ц е н з и и** ;

5) заявитель согласен на удостоверение заявления электронной цифровой подписью работника Государственной корпорации (в случае обращения через **Г о с у д а р с т в е н н у ю** **к о р п о р а ц и ю**).

Руководитель _____
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

М е с т о **п е ч а т и**

Дата заполнения: " ____ " _____ 20 ____ года

Приложение 8
к Правилам оказания государственной
услуги "Выдача лицензии на
медицинскую деятельность"
форма

Заявление

**физического лица для получения дубликата лицензии и
(или) приложения к лицензии**

В _____
(полное наименование лицензиара)

от _____
(фамилия имя отчество (в случае наличия) физического лица, индивидуальный
и д е н т и ф и к а ц и о н н ы й **н о м е р**)

Прошу выдать дубликат лицензии и (или) приложение к лицензии на
осуществление _____

(указать вид деятельности и (или) подвид(ы) деятельности)

Адрес местожительства физического лица _____

(почтовый индекс, область, город, район, населенный пункт, наименование улицы,
н о м е р
д о м а / з д а н и я)

Электронная почта _____

Телефоны _____

Факс _____

Банковский счет _____

(номер счета, наименование и местонахождение банка)

Адрес(а) осуществления деятельности _____

(почтовый индекс, область, город, район, населенный пункт, наименование улицы,
н о м е р
дома/здания (стационарного помещения)

Прилагается _____ листов.

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 (и
л и)

п р и л о ж е н и я к л и ц е н з и и ;

заявителю не запрещено судом заниматься лицензируемым видом и (или) подвидом
д е я т е л ь н о с т и ;

все прилагаемые документы соответствуют действительности и являются
д е й с т в и т е л ь н ы м и .

Согласен на использование сведений, составляющих охраняемую законом тайну,
содержащихся в информационных системах.

Физическое лицо _____

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

Место печати (в случае наличия)

Дата заполнения: " _____ " _____ 20____ года.

Приложение 9

к Правилам оказания государственной
услуги "Выдача лицензии на
медицинскую деятельность"
форма

Заявление

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

В _____
(полное наименование лицензиара)

от _____
(полное наименование юридического лица, БИН)

Прошу выдать дубликат лицензии и (или) приложение к лицензии на
осуществление _____

(указать вид деятельности и (или) подвид(ы) деятельности)

Адрес юридического лица _____

(почтовый индекс, область, город, район, населенный пункт, наименование улицы,
н о м е р
дома/здания (стационарного помещения)

Электронная почта _____

Телефоны _____

Факс _____

Банковский счет _____

(номер счета, наименование и местонахождение банка)

Адрес(а) осуществления деятельности _____

(почтовый индекс, область, город, район, населенный пункт, наименование улицы,
н о м е р
дома/здания (стационарного помещения)

Прилагается _____ листов.

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 (

и л и)
п р и л о ж е н и я к л и ц е н з и и ;

заявителю не запрещено судом заниматься лицензируемым видом и(или) подвидом
д е я т е л ь н о с т и ;

все прилагаемые документы соответствуют действительности и являются
д е й с т в и т е л ь н ы м и .

Согласен на использование сведений, составляющих охраняемую законом тайну,
содержащихся в информационных системах.

Услугополучатель _____

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

Место печати (в случае наличия)

Дата заполнения: " ____ " _____ 20 ____ года.

О внесении изменения в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 1 июня 2020 года № ҚР ДСМ-59/2020 "Об утверждении Правил оказания государственной услуги "Выдача лицензии на медицинскую деятельность"

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 9 марта 2022 года № ҚР ДСМ - 22. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 15 марта 2022 года № 27111

Примечание ИЗПИ!

Порядок введения в действие см. п.4

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 1 июня 2020 года № ҚР ДСМ-59/2020 "Об утверждении Правил оказания государственной услуги "Выдача лицензии на медицинскую деятельность" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 20809) следующее изменение:

приложение к указанному приказу изложить в новой редакции согласно приложению к настоящему приказу.

2. Комитету медицинского и фармацевтического контроля Министерства здравоохранения Республики Казахстан в установленном законодательством Республики Казахстан порядке обеспечить:

1) государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан;

2) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства здравоохранения Республики Казахстан после его официального опубликования;

3) в течение десяти рабочих дней после государственной регистрации настоящего приказа представление в Юридический департамент Министерства здравоохранения Республики Казахстан сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1) и 2) настоящего пункта.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на курирующего вице-министра здравоохранения Республики Казахстан.

4. Настоящий приказ вводится в действие по истечении шестидесяти календарных дней после дня его первого официального опубликования.

*Министр здравоохранения
Республики Казахстан*

А. Финият

"СОГЛАСОВАН"

Министерство цифрового
развития и инноваций и

Правила оказания государственной услуги "Выдача лицензии на медицинскую деятельность"

Глава 1. Общие положения

1. Настоящие Правила оказания государственной услуги "Выдача лицензии на медицинскую деятельность" (далее – Правила) разработаны в соответствии со статьями 73, 91 Административного процедурно-процессуального кодекса (далее – АППК), подпунктом 1) статьи 10 Закона Республики Казахстан "О государственных услугах" (далее – Закон) и определяют порядок оказания государственной услуги "Выдача лицензии на медицинскую деятельность" (далее – государственная услуга).

2. В настоящих Правилах используются следующие понятия:

1) разрешительный контроль – деятельность разрешительных органов, направленная на проверку соответствия заявителя квалификационным или разрешительным требованиям до выдачи разрешения и (или) приложения к разрешению, а также обеспечение соблюдения лицензиатами и владельцами разрешений второй категории законодательства Республики Казахстан о разрешениях и уведомлениях после их выдачи;

2) электронная цифровая подпись – набор электронных цифровых символов, созданный средствами электронной цифровой подписи и подтверждающий достоверность электронного документа, его принадлежность и неизменность содержания (далее – ЭЦП);

3) веб-портал "электронного правительства" – информационная система, представляющая собой единое окно доступа ко всей консолидированной правительственной информации, включая нормативную правовую базу, и к государственным услугам, услугам по выдаче технических условий на подключение к сетям субъектов естественных монополий и услугам субъектов квазигосударственного сектора, оказываемым в электронной форме.

3. Государственная услуга оказывается по месту нахождения услугополучателя.

4. Перечень основных требований к оказанию государственной услуги, включающий характеристики процесса, форму, содержание и результат оказания, а также иные сведения с учетом особенностей предоставления государственной услуги изложены в Стандарте государственной услуги "Выдача лицензии на медицинскую деятельность" согласно приложению 1 к настоящим Правилам (далее – Стандарт).

5. Оплата лицензионного сбора в размере, установленном статьей 554 Кодекса Республики Казахстан "О налогах и других обязательных платежах в бюджет (Налоговый кодекс)", осуществляется в наличной и безналичной форме через банки второго уровня и организации, осуществляющие отдельные виды банковских операций, а также через платежный шлюз портала "электронного правительства" (далее – ПШЭП).

Глава 2. Порядок оказания государственной услуги "Выдача лицензии на медицинскую деятельность"

6. Для осуществления медицинской деятельности на территории Республики Казахстан физические или юридические лица (далее – услугополучатель), направляют через веб-портал "электронного правительства" www.egov.kz, www.elicense.kz (далее – портал) в территориальные департаменты Комитета медицинского и фармацевтического контроля Министерства здравоохранения Республики Казахстан (далее – услугодатель) заявления по формам согласно приложениям 2 или 3 к настоящим Правилам с приложением документов, установленных в пункте 8 Стандарта и удостоверенных электронной цифровой подписью.

7. Услугодатель в день поступления документов осуществляет их прием и регистрацию.

В случае обращения услугополучателя после окончания рабочего времени, в выходные и праздничные дни согласно трудовому законодательству Республики Казахстан, прием заявления и выдача результата оказания государственной услуги осуществляется следующим рабочим днем.

8. Услугодатель из соответствующих государственных информационных систем, через шлюз "электронного правительства" (далее – ШЭП) и из сервиса цифровых документов получает сведения:

- 1) о документах, удостоверяющих личность;
- 2) о государственной регистрации (перерегистрации) услугополучателя в качестве юридического лица либо индивидуального предпринимателя;
- 3) о наличии лицензии на медицинскую деятельность и лицензии (приложения к лицензии на соответствующий объект) на использование приборов и установок, генерирующих ионизирующее излучение (при необходимости);
- 4) удостоверяющие право собственности или договора аренды, или договора безвозмездного пользования недвижимым имуществом (ссуды), или доверительного

управления имуществом, или договора государственно-частного партнерства (в случае наличия сведений в ШЭП);

5) об оплате суммы лицензионного сбора (в том числе для случаев переоформления либо получения дубликата лицензии (приложения к ней)) оплаченной через ПШЭП, либо через банки второго уровня и организации, осуществляющие отдельные виды банковских операций;

6) о регистрации объекта недвижимости;

7) о наличии высшего медицинского образования, для услугополучателей, окончивших обучение после 2015 года;

8) о наличии среднего (технического и профессионального), послесреднего медицинского образования, для услугополучателей, окончивших обучение после 2015 года;

9) о перемене имени, отчества (при его наличии), фамилии или о заключении брака (супружества) или о расторжении брака (супружества), для претендентов, изменивших имя, отчество (при его наличии), фамилию после получения документов об образовании;

10) о наличии действующего сертификата специалиста по заявляемой специальности;

11) о документе, подтверждающем трудовую деятельность работника, согласно заявляемым подвидам деятельности в соответствии со статьей 35 Трудового кодекса Республики Казахстан (в случае наличия в ШЭП сведений о профилях работников и учета трудовых договоров);

12) о наличии санитарно-эпидемиологического заключения на помещение (здание) в котором планируется осуществлять медицинскую деятельность (далее – производственная база) (в случае наличия в ШЭП).

9. Полнота представленных документов, указанных в пункте 8 Стандарта и сведений из сервиса цифровых документов, поступивших через портал, проверяется услугодателем в течение 2 (двух) рабочих дней с момента регистрации документов.

В случае установления факта неполноты представленных документов согласно перечню, предусмотренному пунктом 8 Стандарта, и (или) документов с истекшим сроком действия услугодатель в указанные сроки дает письменный мотивированный отказ (в произвольной форме) в дальнейшем рассмотрении заявления, заверенный электронной цифровой подписью уполномоченного лица услугодателя.

10. В случае, если документы предоставлены в полном объеме согласно пункту 8 Стандарта, услугодатель:

1) направляет посредством портала в территориальное подразделение государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения (далее – согласующий орган) запрос о согласовании выдачи лицензии и (или) приложения к лицензии на медицинскую деятельность;

2) проводит заслушивание по порядку согласно статье 73 АППК;

3) проводит разрешительный контроль (до выдачи лицензии) на производственной базе впервые заявляемой на осуществление медицинской деятельности по порядку согласно статье 51 Закона Республики Казахстан "О разрешениях и уведомлениях".

11. Ответ о согласовании либо отказе в согласовании выдачи лицензии и (или) приложения к лицензии на медицинскую деятельность согласующим органом предоставляется в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента поступления запроса от услугодателя.

12. Услугодатель в соответствии со статьей 73 АППК предоставляет возможность услугополучателю выразить свою позицию к предварительному решению по административному делу, о котором услугополучатель уведомляется заранее, но не позднее чем за три рабочих дня до результата оказания государственной услуги (мотивированного отказа).

Услугополучатель предоставляет возражение к предварительному решению в срок не позднее двух рабочих дней со дня его получения.

В случае устного выражения услугополучателем своего возражения услугодатель ведет протокол заслушивания, который оформляет в соответствии со статьей 74 АППК.

13. Услугодатель, в соответствии с пунктом 2 статьи 21 Закона предоставляет в доступной форме полную и достоверную информацию о перечне требуемых документов и оформления таких документов.

При наличии замечаний услугодатель аргументирует каждое замечание со ссылками на структурные элементы нормативных правовых актов, и предоставляет возможность услугополучателю выразить свою позицию.

14. Разрешительный контроль осуществляется в порядке профилактического контроля с выходом на объект контроля впервые заявляемого на осуществление медицинской деятельности.

При этом, если на производственной базе осуществляется медицинская деятельность на основании лицензии (приложения к ней), то при поступлении заявки от услугополучателя на выдачу дополнительного приложения к лицензии, в том числе по другим специальностям согласно пункту 15 Перечня разрешения первой категории, утвержденного приложением 1 к Закону, разрешительный контроль на этой производственной базе не проводится.

О времени и дате посещения объекта контроля услугополучатель извещается путем направления текстового сообщения по абонентскому номеру сотовой связи или по электронному адресу, указанным в заявлении, либо с использованием иных средств связи, обеспечивающих фиксацию извещения или вызова, не менее чем за сутки до начала посещения.

15. В ходе разрешительного контроля (во время посещения производственной базы) услугодателем проверяется соответствие услугополучателя квалификационным

требованиям, в том числе по представленным документам и сведениям, согласно пункту 8 Стандарта.

16. Разрешительный контроль проводится с применением аудио-, фото-или видеофиксации, записи сохраняются во внутренней информационной системе услугодателя "портал лицензирования".

17. В заключении разрешительного контроля указывается наименование услугодателя, данные специалиста, проводившего разрешительный контроль (фамилия, имя, отчество (при его наличии), место работы, должность), данные объекта контроля (адрес места нахождения, бизнес идентификационный код или индивидуальный идентификационный код, уполномоченное лицо услугополучателя), а также информация по всем пунктам квалификационных требований, предъявляемых к медицинской деятельности, утвержденным приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 22 октября 2020 года № ҚР-ДСМ-148/2020 "Об утверждении квалификационных требований, предъявляемых к медицинской и фармацевтической деятельности" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21502).

18. Если место осуществления услугополучателем подвида медицинской деятельности находится в другой административно-территориальной единице, услугодатель, принявший документы, направляет запрос и документы услугодателю по месту осуществления предстоящей деятельности, для проведения разрешительного контроля.

При этом, о дате и времени посещения объекта извещает услугодатель, который будет проводить разрешительный контроль.

19. Сроки оказания государственной услуги:

с момента сдачи пакета документов на портал:

при выдаче лицензии и (или) приложения к лицензии – 13 (тринадцать) 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.

20. Результат оказания государственной услуги либо мотивированный отказ в оказании государственной услуги, при обращении услугополучателя за получением, переоформлением лицензии и (или) приложения к лицензии, а также выдача дубликата лицензии и (или) приложения к лицензии оформляется в электронной форме, удостоверяется ЭЦП уполномоченного лица услугодателя, направляется на портал и хранится в "личном кабинете" услугополучателя.

21. Услугодатель обеспечивает внесение данных в информационную систему мониторинга оказания государственных услуг в соответствии с подпунктом 11) пункта 2 статьи 5 Закона.

Глава 3. Порядок обжалования решений, действий (бездействия) услугодателей и (или) должностных лиц по вопросам оказания государственной услуги

22. Жалоба на решения, действия (бездействие) услугодателя и (или) их работников по вопросам оказания государственных услуг подается на имя руководителя услугодателя.

23. Жалоба услугополучателя, поступившая в адрес непосредственно оказывающего государственную услугу услугодателя, в соответствии с пунктом 2 статьи 25 Закона РК подлежит рассмотрению в течение пяти рабочих дней со дня ее регистрации.

24. При обращении через портал информацию о порядке обжалования можно получить по телефону единого контакт-центра по вопросам оказания государственных услуг.

25. Рассмотрение жалобы в досудебном порядке по вопросам оказания государственных услуг производится вышестоящим административным органом, уполномоченным органом по оценке и контролю за качеством оказания государственных услуг (далее – орган, рассматривающий жалобу) в течение пятнадцати рабочих дней со дня ее регистрации.

26. Жалоба подается услугодателю, чье решение, действие (бездействие) обжалуется.

Услугодатель, чье решение, действие (бездействие) обжалуется, не позднее трех рабочих дней со дня поступления жалобы направляет ее и административное дело в орган, рассматривающий жалобу.

При этом услугодатель, чье решение, действие (бездействие) обжалуется, вправе не направлять жалобу в орган, рассматривающий жалобу, если он в течение трех рабочих дней примет решение полностью удовлетворяющее требованиям, указанным в жалобе.

27. Если иное не предусмотрено законом, то обращение в суд допускается после обжалования в досудебном порядке.

Приложение 1
к Правилам оказания
государственной услуги
"Выдача лицензии на
медицинскую деятельность"

Стандарт государственной услуги "Выдача лицензии на медицинскую деятельность"

1	Наименование услугодателя	Территориальные департаменты Комитета медицинского и
---	---------------------------	---

		фармацевтического контроля Министерства здравоохранения Республики Казахстан
2	Способы предоставления государственной услуги	веб-портал "электронного правительства" www.egov.kz , www.elicense.kz (далее-Портал)
3	Срок оказания государственной услуги	при выдаче лицензии и (или) приложения к лицензии – 13 (тринадцать) 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.
4	Форма оказания	электронная (частично автоматизированная)
5	Результат оказания государственной услуги	лицензия и (или) приложение к лицензии, переоформление лицензии и (или) приложения к лицензии, дубликат лицензии и (или) приложения к лицензии на медицинскую деятельность, либо мотивированный ответ об отказе в оказании государственной услуги
6	Размер оплаты	Государственная услуга оказывается платно, взимается следующий лицензионный сбор: 1) за выдачу лицензии – 10 месячных расчетных показателей (далее – МРП); 2) за переоформление лицензии – 10 % от ставки при выдаче лицензии, но не более 4 МРП; 3) за выдачу дубликата лицензии – 100 % от ставки при выдаче лицензии.
7	График работы	1) услугодатель – 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; 2) портал – круглосуточно, за исключением технических перерывов, связанных с проведением ремонтных работ (при обращении услугополучателя после окончания рабочего времени, в выходные и праздничные дни прием заявлений

		и выдача результатов оказания государственной услуги осуществляется следующим рабочим днем).
8	Перечень документов	1) для получения лицензии и приложения к лицензии: заявление по форме согласно приложению 2 (для физических лиц) и приложению 3 (для юридических лиц) к настоящим Правилам; форма сведений, подтверждающая наличие сведений и документов в соответствии с квалификационными требованиями, предъявляемыми при лицензировании медицинской деятельности, согласно приложению 1 к настоящему Стандарту; диплом о высшем или среднем медицинском образовании (для услугополучателей, окончивших обучение до 2015 года); удостоверение о прохождении переподготовки или свидетельства о прохождении повышения квалификации в соответствии с Правилами дополнительного и неформального образования специалистов в области здравоохранения, квалификационных требований к организациям, реализующим образовательные программы дополнительного и неформального образования в области здравоохранения, а также правил признания результатов обучения, полученных специалистами в области здравоохранения через дополнительное и неформальное образование, утвержденными приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 21 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-303/2020 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21847); документ, подтверждающий трудовую деятельность работника, согласно заявляемым подвидам

	деятельности в соответствии со ст. 35 Трудового кодекса Республики Казахстан, в случае отсутствия сведений о профилях работников и учета трудовых договоров в информационной системе шлюз "электронного правительства" (далее – ШЭП); документы, удостоверяющие право собственности или договора аренды, или договора безвозмездного пользования недвижимым имуществом (ссуды), или доверительного управления имуществом, или договора государственно-частного партнерства, в случае отсутствия сведений в ШЭП; 2) при переоформлении лицензии и (или) приложения к лицензии; заявление по форме согласно приложению 2 (для физических лиц) и приложению 3 (для юридических лиц) к настоящему Стандарту; копии документов, содержащих информацию об изменениях, послуживших основанием для переоформления лицензии и (или) приложения к лицензии, за исключением документов, информация из которых содержится в государственных информационных системах. Услугополучатель при получении переоформленной лицензии возвращает услугодателю ранее выданную на бумажном носителе лицензию и (или) приложение к лицензии. 3) для получения дубликата лицензии и (или) приложения к лицензии: заявление по форме согласно приложению 4 (для физических лиц) и приложению 5 (для юридических лиц) к настоящему Стандарту;
	1) занятие видом деятельности запрещено законами Республики Казахстан для данной категории

9	Основания для отказа в оказании государственной услуги, установленные законодательством Республики Казахстан	физических или юридических лиц, филиала иностранного юридического лица; 2) не внесен лицензионный сбор; 3) услугополучатель не соответствует квалификационным требованиям; 4) лицензиаром получен отрицательный ответ от соответствующего согласующего государственного органа на запрос о согласовании, который требуется для оказания государственной услуги, а также отрицательное заключение по результатам разрешительного контроля; 5) судом на основании представления судебного исполнителя временно запрещено выдавать заявителю-должнику лицензию; 6) установлена недостоверность документов, представленных услугополучателем для получения лицензии, и (или) данных (сведений), содержащихся в них; 7) в отношении услугополучателя имеется вступившее в законную силу решение суда, на основании которого он лишен специального права, связанного с получением государственной услуги.
10.	Иные требования с учетом особенностей оказания государственной услуги, в том числе оказываемой в электронной форме и через Государственную корпорацию	1. Услугополучатель имеет возможность получения информации о порядке и статусе оказания государственной услуги в режиме удаленного доступа посредством "личного кабинета" портала, а также единого контакт-центра. 2. Услугополучатель получает государственную услугу в электронной форме через портал при условии наличия ЭЦП. 3. Контактные телефоны справочных служб по вопросам оказания государственной услуги указаны на интернет-ресурсе Комитета медицинского и фармацевтического контроля

Министерства здравоохранения
Республики Казахстан kmfk@
dsm.gov.kz.

4. Для лиц с ограниченными
физическими возможностями
наличие пандуса, кнопки вызова,
тактильной дорожки для слепых и
слабовидящих, зала ожидания,
стойки с образцами документов.

5. Номера телефонов единого
контакт-центра по вопросам
оказания государственных услуг –
1414, 8-800-080-7777.

Приложение 1
к стандарту государственной
услуги "Выдача лицензии на
медицинскую деятельность"
Форма

**Форма сведений, подтверждающая наличие сведений и документов в соответствии с
квалификационными требованиями, предъявляемыми при лицензировании медицинской
деятельности**

Сведения, подтверждающие наличие:

1. Помещения или здания на праве собственности или договора аренды, или
договора

безвозмездного пользования недвижимым имуществом (ссуды), или доверительного
управления имуществом, или договора государственно-частного партнерства, и
позтажный

план указанного помещения (здания):

Сведения о регистрации объекта недвижимости (производственной базы):

1) Кадастровый номер _____

2) Местоположение _____

3) Номер свидетельства о государственной регистрации недвижимости:

4) Номер договора об аренде _____

5) Дата договора об аренде _____ (указывается срок договора)

2. Наличие санитарно-эпидемиологического заключения или талона уведомления на
производственную базу:

(регистрационный номер, дата выдачи, орган выдавший)

3. Медицинского и (или) специального оборудования, аппаратуры и
инструментария,

приборов, мебели, инвентаря, транспортных и других средств, согласно заявляемым подвидам медицинской деятельности:

№ п/п	Наименование медицинского и (или) специального оборудования, аппаратуры и инструментария, приборов, мебели, инвентаря, транспортных и других средств (по эксплуатационной документации, паспорту)	Страна производитель (сведения о производителе, номере и дате регистрации этого удостоверения указываются согласно данным из государственного реестра лекарственных средств и медицинских изделий)	Единица измерения	Количество	Год выпуска (сведения о дате выпуска (сроке эксплуатации) указываются согласно эксплуатационных документов на оборудование)	Состояние (рабочее/не рабочее)*
-------	---	--	-------------------	------------	---	---------------------------------

Примечание:

*Услугополучатель демонстрирует в ходе разрешительного контроля, что медицинское оборудование находится в рабочем состоянии (функционирует), для чего предоставляет данные, документ (сертификат о поверке средств измерений) согласно приказу Министра по инвестициям и развитию Республики Казахстан от 27 декабря 2018 года № 934 "Правила проведения поверки средств измерений, установления периодичности поверки средств измерений и формы сертификата о поверке средств измерений" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 18094).

4. Соответствующего образования согласно заявляемым подвидам медицинской деятельности:

Сведения о медицинском образовании:

- 1) Специальность по диплому _____
- 2) Квалификация по диплому _____
- 3) Номер диплома _____
- 4) Серия диплома _____
- 5) Полное наименование организации образования _____
- 6) Год поступления _____
- 7) Год окончания _____

8) Сведения о нострификации диплома (при необходимости) _____

5. Специализации или усовершенствования и других видов повышения квалификации

за последние 5 лет по заявляемым подвигам медицинской деятельности:

Сведения о повышении квалификации по заявляемой специальности:

- 1) Номер документа _____
- 2) Наименование цикла _____
- 3) Полное наименование обучающей организации _____
- 4) Начало обучения _____
- 5) Окончание обучения _____
- 6) Количество часов _____
6. Соответствующего сертификата специалиста:

Сведения о сертификате специалиста:

- 1) Наименование специальности, по которой выдан сертификат специалиста _____
- 2) Квалификационная категория (при наличии) _____
- 3) Орган, выдавший сертификат специалиста _____
- 4) Регистрационный номер _____
- 5) Дата выдачи _____
- 6) Срок действия сертификата _____
7. У юридических лиц:

Штат медицинских работников, который подтверждается сведениями о медицинских

работниках:

Сведения о медицинских работниках медицинских организаций (для юридического лица)

— (наименование субъекта здравоохранения) (по состоянию на " ____ " _____ 20__ года).

№ п/п	Фамилия	Имя	Отчество (при наличии)	ИНН	Занимаемая должность	Образование	Стаж по специальности	Номер, серия диплома Специальность и квалификация по диплому	Полное наименование организации образования Год поступления Год окончания	Свидетельство о регистрации диплома (при необходимости)
-------	---------	-----	------------------------	-----	----------------------	-------------	-----------------------	--	---	---

7. У физических лиц – стажа работы по специальности не менее 5 лет по заявляемым

подвидам медицинской деятельности:

Трудовая деятельность по заявляемой специальности (для физического лица)

1) Наименование медицинской организации _____

2) Местонахождение организации _____

3) Занимаемая должность _____

4) Дата приема на работу по заявляемой специальности _____

5) Дата увольнения _____

Приложение 2
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 его наличии) физического лица, индивидуальный идентификационный номер)

Прошу переоформить лицензию и (или) приложение к лицензии (нужное подчеркнуть)

№ _____ от _____ 20 _____ года, выданную (выданное)(
выданных)

(номер (номера) лицензии и (или) приложения (приложений) к лицензии, дата выдачи, наименование лицензиара, выдавшего лицензию и (или) приложение (приложения) к лицензии) на осуществление

(полное наименование вида деятельности и (или) подвида (подвидов) деятельности)
по следующему (следующим) основанию (основаниям) (укажите в
соответствующей

ячейке X):

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"

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 X 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.

Физическое лицо _____

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

Дата заполнения: " ____ " _____ 20 ____ года.

Приложение 3
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), бизнес-идентификационный номер филиала или представительства иностранного юридического лица – в случае отсутствия бизнес-идентификационного номера у юридического лица)

Прошу переоформить лицензию и (или) приложение (приложения) к лицензии
(нужное подчеркнуть)

№ _____ от " ____ " _____ 20 ____ года, выданную (выданное) (выданных) _____

_____ (номер (номера) лицензии и (или) приложения (приложений) к лицензии, дата выдачи,

наименование лицензиара, выдавшего лицензию и (или) приложение (приложения) к
лицензии)

На осуществление _____

_____ (полное наименование вида деятельности и (или) подвида (подвидов) деятельности)
по следующему (следующим) основанию (основаниям) (укажите в соответствующей

ячейке X):

1) реорганизация юридического лица-лицензиата в соответствии со статьей 34 Закона

Республики Казахстан "О разрешениях и уведомлениях" (далее – Закон) путем (укажите в соответствующей ячейке X):

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 _____

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 X 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.

Руководитель _____

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

Дата заполнения: " _____ " _____ 20 ____ года

Приложение 4
к стандарту государственной
услуги "Выдача лицензии на
медицинскую деятельность"
Форма

Заявление физического лица для получения дубликата лицензии и (или) приложения к лицензии

В _____

(полное наименование лицензиара)

от _____

(фамилия, имя, отчество (при его наличии) физического лица, индивидуальный идентификационный номер) Прошу выдать дубликат лицензии и (или) приложение

к

лицензии на осуществление _____

_____ (указать вид деятельности и (или) подвид (подвиды) деятельности)

Адрес местожительства физического лица _____

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

Электронная почта _____

Телефоны _____

Факс _____

Банковский счет _____

(номер счета, наименование и местонахождение банка)

Адрес (адреса) осуществления деятельности _____

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

Прилагается _____ листов.

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.

Согласен на использование сведений, составляющих охраняемую законом тайну, содержащихся в информационных системах.

Физическое лицо _____

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

Дата заполнения: " _____ " _____ 20 _____ года.

Приложение 5
к стандарту государственной
услуги "Выдача лицензии
на медицинскую деятельность"
Форма

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

В _____

(полное наименование лицензиара)

от _____

(полное наименование юридического лица, БИН) Прошу выдать дубликат лицензии

и

(или) приложение к лицензии на осуществление

(указать вид деятельности и (или) подвид (подвиды) деятельности)

Адрес 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 (адреса) осуществления деятельности

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

Прилагается _____ листов. 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.

Согласен на использование сведений, составляющих охраняемую законом тайну,
содержащихся в информационных системах.

Услугополучатель _____

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

Дата заполнения: " ____ " _____ 20 ____ года.

Приложение 2
к правилам оказания
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 его наличии) физического лица, индивидуальный
идентификационный номер

Прошу выдать лицензию и (или) приложение к лицензии на осуществление

— (указать полное наименование вида деятельности и (или) подвида (подвидов) деятельности) на бумажном носителе _____

(поставить знак X 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.

Физическое лицо _____

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

Дата заполнения: " _____ " _____ 20 _____ года.

Приложение 3
к правилам оказания
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(подвидов)
деятельности) на бумажном
носителе _____

(поставить знак X 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.

Руководитель _____

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

Дата заполнения: " _____ " _____ 20 _____ года.