



## ЛИЦЕНЗИЯ

**09.09.2020 года**

**20013179**

**Выдана**

**ИП КАРАМАНОВ Х.О**

ИИН: 680419302699

(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**

**Лицензия действительна на территории Республики Казахстан.  
Срок действия лицензии не ограничен**

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

**Примечание**

**Неотчуждаемая, класс 1**

(отчуждаемость, класс разрешения)

**Лицензиар**

**Управление здравоохранения Мангистауской области. Акимат Мангистауской области.**

(полное наименование лицензиара)

**Руководитель  
(уполномоченное лицо)**

**Жаманбаева Жамал Абдибековна**

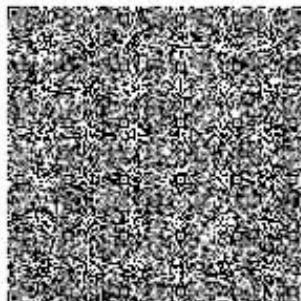
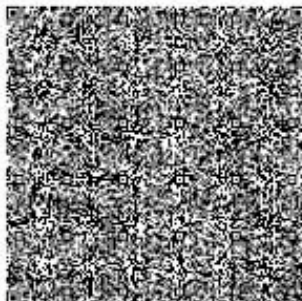
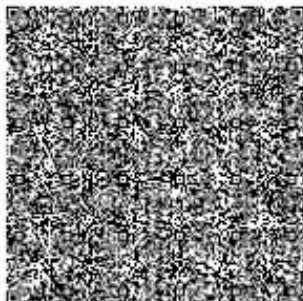
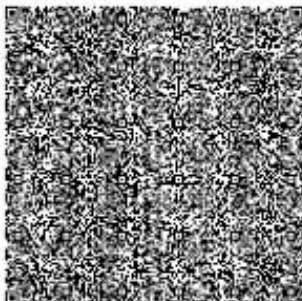
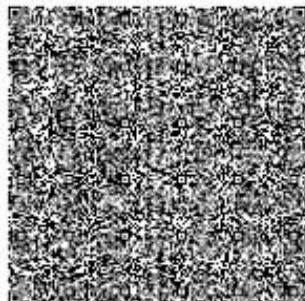
(фамилия, имя, отчество (в случае наличия))

**Дата первичной выдачи**

**Срок действия  
лицензии**

**Место выдачи**

**г.Актау**





## ПРИЛОЖЕНИЕ К ЛИЦЕНЗИИ

Номер лицензии 20013179

Дата выдачи лицензии 09.09.2020 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**

**ИП КАРАМАНОВ Х.О**

ИИН: 680419302699

(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)

**Производственная база**

**Мангистауская область, город Жанаозен, село Рахат, микрорайон Аксу, улица О. Тажигалиев, здание 84/1**

(местонахождение)

**Особые условия  
действия лицензии**

**Лицензия действительна на территории Республики Казахстан. Срок действия лицензии не ограничен**

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

**Лицензиар**

**Управление здравоохранения Мангистауской области. Акимат Мангистауской области.**

(полное наименование органа, выдавшего приложение к лицензии)

**Руководитель  
(уполномоченное лицо)**

**Жаманбаева Жамал Абдибековна**

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

**Номер приложения**

1

**Срок действия**

**Дата выдачи  
приложения**

09.09.2020

**Место выдачи**

г.Актау

