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 Карагандинской области"

(полное наименование лицензиара)

от Коммунальное государственное учреждение "Школа-лицей № 17" отдела образования города Балхаш управления образования Карагандинской области , БИН: 061140005483, 100300, Республика Казахстан, Карагандинская область, Балхаш Г.А., г.Балхаш, Микрорайон Жидебая батыра, 13

(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 № 00754DM от 10.06.2015 г., выданную (ое)(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

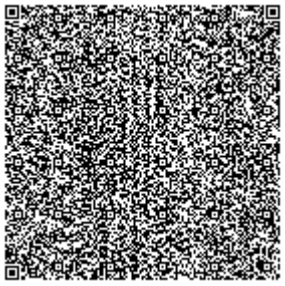
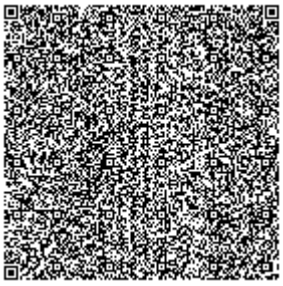
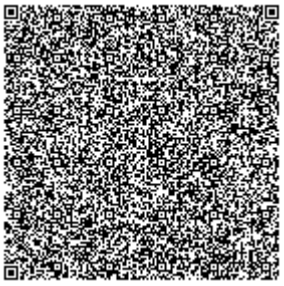
- Доврачебная помощь

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

по следующему(им) основанию(ям):

1. Изменение наименования юридического лица-лицензиата

Адрес юридического лица	100300, Республика Казахстан, Карагандинская область, Балхаш Г.А., г. Балхаш, Микрорайон Жидебая батыра, 13
	(почтовый индекс, страна (для иностранного юридического лица), область, город, район, населенный пункт, наименование улицы, номер дома/здания (стационарного помещения)
Электронная почта	SH17PRAVO@MAIL.RU
Телефоны	87103665990
Факс	87103665990
Банковский счет	KZ28070103KSN3025000, РГУ "Комитет казначейства Министерства финансов РК"
	(№ счета, наименование и местонахождение банка)

Адрес объекта осуществления деятельности или действий (операций) Республика Казахстан, Карагандинская область, город Балхаш, 3 микрорайон, дом 13

(почтовый индекс, страна (для иностранного юридического лица), 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;

заявитель согласен на удостоверение заявления электронной цифровой подписью работника центра обслуживания населения (в случае обращения через центр обслуживания населения).

Руководитель _____ Алишева Шынаргуль Амангельдиновна

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

Место печати Дата заполнения: 28.01.2021 года