

## **Об утверждении стандартов государственных услуг в сфере медицинской деятельности**

Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 28 апреля 2015 года № 294. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 16 июня 2015 года № 11356

В соответствии с подпунктом 1) статьи 10 Закона Республики Казахстан от 15 апреля 2013 года "О государственных услугах" **ПРИКАЗЫВАЮ:**

**1. Утвердить:**

1) стандарт государственной услуги "Выдача сертификата специалиста для допуска к клинической практике" согласно приложению 1 к настоящему приказу;

2) стандарт государственной услуги "Выдача свидетельства о присвоении квалификационной категории специалистам с медицинским образованием" согласно приложению 2 к настоящему приказу;

3) стандарт государственной услуги "Аккредитация медицинских организаций в целях признания соответствия их деятельности стандартам аккредитации" согласно приложению 3 к настоящему приказу;

4) стандарт государственной услуги "Аккредитация физических лиц на право проведения независимой экспертной оценки деятельности субъектов здравоохранения" согласно приложению 4 к настоящему приказу;

5) стандарт государственной услуги "Выдача лицензии на медицинскую деятельность" согласно приложению 5 к настоящему приказу;

6) стандарт государственной услуги "Аттестация судебно-психиатрических и судебно-наркологических экспертов" согласно приложению 6 к настоящему приказу;

7) стандарт государственной услуги "Присвоение квалификации на право производства определенного вида судебно-психиатрической и судебно-наркологической экспертиз" согласно приложению 7 к настоящему приказу;

8) стандарт государственной услуги "Выдача лицензии на ввоз на территорию Республики Казахстан и (или) вывоз с территории Республики Казахстан органов (части органов) и (или) тканей человека, крови и ее компонентов" согласно приложению 8 к настоящему приказу;

9) стандарт государственной услуги "Выдача заключения (разрешительного документа) на ввоз на территорию Республики Казахстан и вывоз с территории Республики Казахстан гемопоэтических стволовых клеток, костного мозга в случае их перемещения с целью проведения неродственной трансплантации, а также образцов клеток, тканей, биологических жидкостей и секретов, в том

числе продуктов жизнедеятельности человека, физиологических и патологических выделений, мазков, соскобов, смывов, предназначенных для диагностических целей или полученных в процессе проведения биомедицинских исследований" согласно приложению 9 к настоящему приказу;

10) стандарт государственной услуги "Определение соответствия (несоответствия) потенциального поставщика услуг гарантированного объема бесплатной медицинской помощи предъявляемым требованиям" согласно приложению 10 к настоящему приказу;

11) стандарт государственной услуги "Выдача разрешения на проведение клинических исследований медицинских технологий" согласно приложению 11 к настоящему приказу.

Сноска. Пункт 1 в редакции приказа Министерства здравоохранения и социального развития РК от 30.09.2016 № 831 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

2. Комитету контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан в установленном законодательством порядке обеспечить:

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

2) в течение десяти календарных дней после государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан его направление на официальное опубликование в периодических печатных изданиях и информационно-правовой системе нормативных правовых актов Республики Казахстан "Әділет";

3) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на вице-министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан Цой А.В.

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

|                           |              |
|---------------------------|--------------|
| Министр здравоохранения и |              |
| социального развития      |              |
| Республики Казахстан      | Т. Дуйсенова |

СОГЛАСОВАНО

Министр по инвестициям и развитию

Республики Казахстан

\_\_\_\_\_ А. Исекешев

13 мая 2015 г.

СОГЛАСОВАНО

Министр национальной экономики

Республики Казахстан

\_\_\_\_\_ Е. Досаев

12 мая 2015 г.

|  |                                                                                                                                         |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Приложение 1<br>к приказу Министра<br>здравоохранения и<br>социального развития<br>Республики Казахстан<br>от 28 апреля 2015 года № 294 |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## **Стандарт государственной услуги "Выдача сертификата специалиста для допуска к клинической практике"**

Сноска. Заголовок стандарта в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 30.09.2016 № 831 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

### **1. Общие положения**

1. Государственная услуга "Выдача сертификата специалиста для допуска к клинической практике" (далее – государственная услуга).

Сноска. Пункт 1 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 30.09.2016 № 831 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

2. Стандарт государственной услуги разработан Министерством здравоохранения и социального развития Республики Казахстан (далее – Министерство).

3. Государственная услуга оказывается территориальными департаментами Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства (далее – услугодатель).

Прием заявления для оказания государственной услуги осуществляется через:

1) канцелярию услугодателя;

2) веб-портал "электронного правительства" [www.egov.kz](http://www.egov.kz) (далее – портал).

Выдача результата оказания государственной услуги осуществляется через портал.

Сноска. Пункт 3 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 30.09.2016 № 831 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

## **2. Порядок оказания государственной услуги**

4. Срок оказания государственной услуги:

1) с момента сдачи пакета документов услугодателю, а также при обращении на портал – 5 (пять) рабочих дней.

Услугодатель в течение двух рабочих дней с момента получения документов услугополучателя проверяет полноту представленных документов.

В случаях установления факта неполноты представленных документов согласно перечню, предусмотренному пунктом 9 настоящего стандарта государственной услуги, и (или) документов с истекшим сроком действия услугодатель в указанные сроки дает письменный мотивированный ответ о прекращении рассмотрения заявления;

2) максимально допустимое время ожидания для сдачи документов – 15 (пятнадцать) минут;

3) максимально допустимое время обслуживания – 15 (пятнадцать) минут.

Сноска. Пункт 4 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 30.09.2016 № 831 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

5. Форма оказания государственной услуги: электронная (частично автоматизированная).

6. Результат оказания государственной услуги – сертификат специалиста для допуска к клинической практике (далее – сертификат) по форме согласно приложению 1 к настоящему стандарту государственной услуги, либо мотивированный ответ об отказе в оказании государственной услуги по основаниям, установленным пунктом 9-1 настоящего стандарта.

Сертификат выдается сроком на 5 лет, со дня вынесения решения о его выдаче руководителем услугодателя в соответствии с пунктом 14 Правил проведения сертификации специалистов в области здравоохранения, утвержденных приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 28 августа 2015 года № 693 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 12134).

Форма предоставления результата оказания государственной услуги: электронная.

Результат государственной услуги направляется услугополучателю в "личный кабинет" в форме электронного документа, удостоверенного электронной цифровой подписью (далее – ЭЦП) уполномоченного лица услугодателя.

В случае обращения за получением услуги на бумажном носителе, результат оказания государственной услуги оформляется в электронном формате, распечатывается, заверяется печатью и подписью уполномоченного лица услугодателя.

Сноска. Пункт 6 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 30.09.2016 № 831 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

7. Государственная услуга оказывается бесплатно физическим лицам (далее – услугополучатель).

8. График работы:

1) услугодателя – 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 согласно Трудовому кодексу Республики Казахстан.

Прием заявления и выдача результата оказания государственной услуги осуществляется с 9.00 часов до 17.30 часов с перерывом на обед с 13.00 часов до 14.30 часов.

Государственная услуга оказывается в порядке очереди, без предварительной записи и ускоренного обслуживания;

2) портала – круглосуточно, за исключением технических перерывов в связи с проведением ремонтных работ (при обращении услугополучателя после окончания рабочего времени в выходные и праздничные дни согласно Трудовому кодексу Республики Казахстан прием заявления и выдача результата оказания государственной услуги осуществляется следующим рабочим днем).

9. Перечень документов, необходимых для оказания государственной услуги при обращении услугополучателя (либо его представителя по доверенности):

1) к услугодателю:

заявление по форме согласно приложению 2 к настоящему стандарту государственной услуги;

форма сведений согласно приложению 3 к настоящему стандарту государственной услуги и следующие документы:

копия результата оценки профессиональной подготовленности и подтверждения соответствия квалификации специалистов;

копия диплома о медицинском образовании;

копия документа об окончании интернатуры, резидентуры, клинической ординатуры по заявляемой специальности (при их наличии);

копия удостоверения о переподготовке по заявляемой специальности (при его наличии);

копия свидетельства о повышении квалификации за последние 5 лет по заявляемой специальности (при его наличии);

копия удостоверения о признании и нострификации документов об образовании, для лиц, получивших медицинское образование за пределами Республики Казахстан;

копия свидетельства о перемене фамилии, имени, отчества (при его наличии) или о заключении брака или о расторжении брака, для лиц, изменивших фамилию, имя или отчество (при его наличии) после получения документов об образовании.

К документу, выданному на иностранном языке, дополнительно предоставляется копия нотариально заверенного перевода на государственном или русском языке;

2) на портал:

запрос в форме электронного документа, удостоверенного ЭЦП услугополучателя;

форма сведений согласно приложению 3 к настоящему стандарту государственной услуги и следующие документы:

электронная копия результата оценки профессиональной подготовленности и подтверждения соответствия квалификации специалистов;

электронная копия диплома о медицинском образовании;

электронные копии документа об окончании интернатуры, резидентуры, клинической ординатуры по заявляемой специальности (при их наличии);

электронная копия удостоверения о переподготовке по заявляемой специальности (при его наличии);

электронная копия свидетельства о повышении квалификации за последние 5 лет по заявляемой специальности (при его наличии);

электронная копия удостоверения о признании и нострификации документов об образовании, для лиц, получивших медицинское образование за пределами Республики Казахстан;

электронная копия свидетельства о перемене фамилии, имени, отчества (при его наличии) или о заключении брака или о расторжении брака, для лиц, изменивших фамилию, имя или отчество (при его наличии) после получения документов об образовании.

К документу, выданному на иностранном языке, дополнительно предоставляется копия нотариально заверенного перевода на государственном или русском языке.

**Сноска. Пункт 9 в редакции приказа Министерства здравоохранения и социального развития РК от 30.09.2016 № 831 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).**

9-1. Услугодатель отказывает в оказании государственной услуги по следующим основаниям:

1) установление недостоверности и/или несоответствие следующих документов, представленных услугополучателем:

документов услугополучателя об образовании (диплома, удостоверение интернатуры, резидентуры, клинической ординатуры, переподготовки, повышения квалификации) к заявляемой специальности;

документов о прохождении переподготовки и повышения квалификации сроком обучения и форме в соответствии с Правилами повышения квалификации и переподготовки медицинских и фармацевтических кадров и квалификационных требований к организациям, реализующим программы дополнительного медицинского и фармацевтического образования, утвержденными приказом исполняющего обязанности Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 11 ноября 2009 года № 691 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 5904 );

2) неполное и недостоверное заполнение формы сведений;

3) в отношении услугополучателя имеется вступившее в законную силу решение (приговор) суда о запрещении медицинской деятельности по заявляемой специальности;

4) в отношении услугополучателя имеется вступившее в законную силу решение суда, на основании которого услугополучатель лишен специального права, связанного с получением государственной услуги.

**Сноска. Стандарт дополнен пунктом 9-1 в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития РК от 30.09.2016 № 831 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).**

### **3. Порядок обжалования решений, действий (бездействия) услугодателя и(или) их должностных лиц по вопросам оказания государственной услуги**

10. Обжалование решений, действий (бездействий) Министерства, услугодателя и (или) его должностных лиц по вопросам оказания государственных услуг: жалоба подается на имя руководителя услугодателя или Министерства по адресам, указанным в пункте 13 настоящего стандарта государственной услуги.

Жалоба по вопросам оказания государственных услуг подается в письменной форме по почте или в электронном виде, либо нарочно через канцелярию услугодателя или Министерства.

В жалобе услугополучателем указывается его фамилия, имя, отчество (при его наличии), почтовый адрес, исходящий номер и дата. Жалоба подписывается услугополучателем.

Подтверждением принятия жалобы является регистрация (штамп, входящий номер и дата) в канцелярии услугодателя с выдачей талона, в котором указываются номер, дата, фамилия имя, отчество (при его наличии), лица, принявшего жалобу (с указанием контактных данных должностных лиц, для получения информации о ходе рассмотрения жалобы, а также срока и места получения ответа).

При обращении через портал информация о порядке обжалования доступна по телефону единого контакт-центра: 8-800-080-7777 или 1414.

При отправке жалобы через портал услугополучателю из "личного кабинета" доступна информация об обращении, которая обновляется в ходе обработки обращения услугодателем (отметки о доставке, регистрации, исполнении, ответ о рассмотрении или отказе в рассмотрении).

Жалоба услугополучателя, поступившая в адрес услугодателя или Министерства, подлежит рассмотрению в течение пяти рабочих дней со дня ее регистрации. Результат рассмотрения жалобы направляется услугополучателю посредством почтовой связи либо выдается нарочно в канцелярии услугодателя или Министерства.

В случае несогласия с результатами оказанной государственной услуги услугополучатель обращается с жалобой в уполномоченный орган по оценке и контролю за качеством оказания государственных услуг.

Жалоба услугополучателя, поступившая в адрес уполномоченного органа по оценке и контролю за качеством оказания государственных услуг, рассматривается в течение пятнадцати рабочих дней со дня ее регистрации.

11. В случаях несогласия с результатами оказанной государственной услуги услугополучатель обращается в суд в установленном законодательством порядке.

#### **4. Иные требования с учетом особенностей оказания государственной услуги, в том числе оказываемой в электронной форме**

12. В помещениях услугодателя предусмотрены условия для обслуживания услугополучателей с ограниченными возможностями (пандусы и лифты).

13. Адреса мест оказания государственной услуги размещены на интернет-ресурсе Министерства: [www.mzsr.gov.kz](http://www.mzsr.gov.kz).

14. Услугополучатель получает государственную услугу в электронной форме через портал при условии наличия ЭЦП.

15. Услугополучатель получает информацию о порядке и статусе оказания государственной услуги в режиме удаленного доступа посредством "личного кабинета" портала, а также единого контакт-центра по вопросам оказания государственных услуг.

16. Контактные телефоны справочных служб по вопросам оказания государственной услуги размещены на интернет-ресурсе Министерства, единый контакт-центр по вопросам оказания государственной услуги: 8-800-080-7777, 1414.

|  |                                                                                                                                 |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Приложение 1<br>к стандарту государственной услуги<br>"Выдача сертификата специалиста<br>для<br>допуска к клинической практике" |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Сноска. Приложение 1 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 30.09.2016 № 831 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

форма

## Сертификат специалиста

---

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

действительно получил(-а) настоящий сертификат специалиста для осуществления

медицинской деятельности и допуска к клинической практике по специальности

---

(наименование специальности по номенклатуре)

Приказ руководителя государственного органа, вынесшего решение о его

выдаче от "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года № \_\_\_\_\_

Сертификат действителен до "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года

Регистрационный № \_\_\_\_\_

Дата выдачи " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

|  |                                                                                                                                 |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Приложение 2<br>к стандарту государственной услуги<br>"Выдача сертификата специалиста<br>для<br>допуска к клинической практике" |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Сноска. Приложение 2 в редакции приказа Министерства здравоохранения и социального развития РК от 30.09.2016 № 831 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

форма

Руководителю \_\_\_\_\_

(наименование государственного органа)

от \_\_\_\_\_

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

Место проживания \_\_\_\_\_

### Заявление

Прошу Вас выдать сертификат специалиста для осуществления

медицинской деятельности и допуска к клинической практике по

специальности \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Я несу ответственность за достоверность указанных сведений.

Даю согласие на сбор и обработку персональных данных,

необходимых для оказания государственной услуги.

\_\_\_\_\_

(подпись услугополучателя)

\_\_\_\_\_

(дата заполнения)

|  |                                                                                                                                 |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Приложение 3<br>к стандарту государственной услуги<br>"Выдача сертификата специалиста<br>для<br>допуска к клинической практике" |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Сноска. Приложение 3 в редакции приказа Министерства здравоохранения и социального развития РК от 30.09.2016 № 831 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

форма

#### Форма сведений

#### для выдачи сертификата специалиста для допуска к клинической практике

1. Результат оценки профессиональной подготовленности и подтверждения

соответствия квалификации специалистов для специалистов с медицинским

образованием, занимающихся клинической практикой, за исключением

специалистов санитарно-эпидемиологического профиля (прикрепляется

сканированная копия результата Оценки):

1) наименование заявляемой специальности \_\_\_\_\_

2) орган выдавший заключение Оценки \_\_\_\_\_

3) число, месяц, год получения заключения Оценки \_\_\_\_\_

2. Медицинское образование

1) образование (среднее медицинское образование, послесреднее

медицинское образование, высшее медицинское образование) (сканированная копия диплома):

2) номер диплома \_\_\_\_\_

3) серия диплома \_\_\_\_\_

4) полное наименование организации образования \_\_\_\_\_

5) страна обучения \_\_\_\_\_

6) год поступления \_\_\_\_\_

7) год окончания \_\_\_\_\_

8) специальность по диплому \_\_\_\_\_

9) квалификация по диплому \_\_\_\_\_

10) нострификация и/или признание документов об образовании (для лиц,

получивших медицинское образование за пределами Республики Казахстан:

диплом, интернатура, резидентура, клиническая ординатура, магистратура

и другие), (сканированная копия документа о нострификации и/или признании

документов об образовании):

Страна обучения \_\_\_\_\_

Полное наименование организации образования \_\_\_\_\_

Орган, выдавший удостоверение о нострификации и/или признании

\_\_\_\_\_

Номер приказа о нострификации и/или признании

\_\_\_\_\_

Регистрационный номер о нострификации и/или признании

---

Дата выдачи удостоверения о нострификации и/или признании

3. Сведения о специальности интернатуры, клинической ординатуры, резидентуры по заявляемой специальности (для специалистов с высшим медицинским образованием) (сканированная копия документа):

1) специальность интернатуры \_\_\_\_\_

2) год поступления \_\_\_\_\_

3) год окончания \_\_\_\_\_

4) продолжительность обучения \_\_\_\_\_

5) объем обучения в часах \_\_\_\_\_

6) полное наименование организации \_\_\_\_\_

7) место прохождения интернатуры \_\_\_\_\_

8) специальность клинической ординатуры \_\_\_\_\_

9) год поступления \_\_\_\_\_

10) год окончания \_\_\_\_\_

11) продолжительность обучения \_\_\_\_\_

12) объем обучения в часах \_\_\_\_\_

13) полное наименование организации \_\_\_\_\_

14) место прохождения резидентуры \_\_\_\_\_

15) специальность резидентуры \_\_\_\_\_

16) год поступления\_\_\_\_\_

17) год окончания\_\_\_\_\_

18) продолжительность обучения\_\_\_\_\_

19) объем обучения в часах\_\_\_\_\_

20) полное наименование организации\_\_\_\_\_

21) место прохождения\_\_\_\_\_

4. Сведения об удостоверении по переподготовке по заявляемой

специальности (сканированная копия документа):

1) номер удостоверения по переподготовке\_\_\_\_\_

2) специальность переподготовки\_\_\_\_\_

3) название обучающей организации\_\_\_\_\_

4) объем обучения в часах\_\_\_\_\_

5) начало обучения\_\_\_\_\_

6) окончание обучения\_\_\_\_\_

5. Сведения действующего свидетельства (сертификата специалиста) с

присвоением категории по заявляемой специальности (при его наличии):

1) дата и номер приказа\_\_\_\_\_

2) номер и код административного документа (далее – НИКАД)

/регистрационный номер\_\_\_\_\_

3) орган, выдавший свидетельство (сертификат)\_\_\_\_\_

4) срок действия свидетельства (сертификата)\_\_\_\_\_

5) специальность\_\_\_\_\_

6) квалификационная категория\_\_\_\_\_

6. Сведения действующего сертификата специалиста, для допуска к  
клинической практике по заявляемой специальности (при его наличии):

1) дата и номер приказа\_\_\_\_\_

2) номер НИКАД/регистрационный номер\_\_\_\_\_

3) орган, выдавший сертификат\_\_\_\_\_

4) срок действия сертификата\_\_\_\_\_

5) специальность\_\_\_\_\_

7. Сведения о настоящем месте работы:\_\_\_\_\_

1) стаж работы по заявляемой специальности (лет, месяцев, дней)

2) общий медицинский стаж (лет, месяцев, дней)\_\_\_\_\_

3) место работы в настоящее время\_\_\_\_\_

4) занимаемая должность\_\_\_\_\_

5) трудовая деятельность по заявляемой специальности\_\_\_\_\_

| Дата приема | Дата увольнения | Место работы | Занимаемая должность | Дата и номер приказа (приема либо увольнения с работы) |
|-------------|-----------------|--------------|----------------------|--------------------------------------------------------|
|             |                 |              |                      |                                                        |
|             |                 |              |                      |                                                        |

8. Повышение квалификации за последние 5 лет по заявляемой специальности

(при его наличии) (сканированная копия документа):

1) сведения о свидетельстве повышения квалификации по заявляемой специальности

\_\_\_\_\_

2) номер свидетельства о повышении квалификации \_\_\_\_\_

3) наименование цикла \_\_\_\_\_

4) название обучающей организации \_\_\_\_\_

5) начало обучения \_\_\_\_\_

6) окончание обучения \_\_\_\_\_

7) объем обучения в часах \_\_\_\_\_

|  |                                                                                                                                         |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Приложение 2<br>к приказу Министра<br>здравоохранения и<br>социального развития<br>Республики Казахстан<br>от 28 апреля 2015 года № 294 |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Стандарт государственной услуги "Выдача свидетельства  
о присвоении квалификационной категории специалистам  
с медицинским образованием"**

Сноска. Заголовок стандарта в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 30.09.2016 № 831 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

**1. Общие положения**

1. Государственная услуга "Выдача свидетельства о присвоении квалификационной категории специалистам с медицинским образованием" (далее – государственная услуга).

Сноска. Пункт 1 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 30.09.2016 № 831 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

2. Стандарт государственной услуги разработан Министерством

здравоохранения и социального развития Республики Казахстан (далее – Министерство).

3. Государственная услуга оказывается территориальными департаментами Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства (далее – услугодатель).

Прием заявления для оказания государственной услуги осуществляется по месту основной работы услугополучателя через:

- 1) канцелярию услугодателя;
- 2) веб-портал "электронного правительства" [www.egov.kz](http://www.egov.kz) (далее – портал).

Выдача результата оказания государственной услуги осуществляется через портал.

Сноска. Пункт 3 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 30.09.2016 № 831 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

## **2. Порядок оказания государственной услуги**

4. Срок оказания государственной услуги:

- 1) с момента сдачи пакета документов к услугодателю, а также при обращении на портал – 5 (пять) рабочих дней.

Услугодатель в течение двух рабочих дней с момента получения документов услугополучателя проверяет полноту представленных документов.

В случаях установления факта неполноты представленных документов согласно перечню, предусмотренному пунктом 9 настоящего стандарта государственной услуги, и (или) документов с истекшим сроком действия услугодатель в указанные сроки дает письменный мотивированный ответ о прекращении рассмотрения заявления;

- 2) максимально допустимое время ожидания для сдачи пакета документов – 15 (пятнадцать) минут;

- 3) максимально допустимое время обслуживания – 15 (пятнадцать) минут.

Сноска. Пункт 4 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 30.09.2016 № 831 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

5. Форма оказания государственной услуги: электронная (частично автоматизированная).

6. Результат оказания государственной услуги – свидетельство о присвоении квалификационной категории специалистам с медицинским образованием (далее – свидетельство) согласно приложению 1 к настоящему стандарту государственной услуги, либо мотивированный ответ об отказе в оказании государственной услуги по основаниям, установленным пунктом 9-1 настоящего стандарта. Свидетельство выдается сроком на 5 лет, со дня вынесения решения о его выдаче руководителем услугодателя в соответствии с пунктом 8 Правил, сроков выдачи и отзыва

свидетельства о присвоении квалификационной категории для специалистов в области здравоохранения, за исключением специалистов в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, утвержденных приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 29 июня 2015 года № 531 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 11787) (далее – Приказ № 531);

Форма предоставления результата оказания государственной услуги: электронная.

Результат государственной услуги направляется услугополучателю в "личный кабинет" в форме электронного документа, удостоверенного электронной цифровой подписью (далее – ЭЦП) уполномоченного лица услугодателя.

В случае обращения за получением услуги на бумажном носителе, результат оказания государственной услуги оформляется в электронном формате, распечатывается, заверяется печатью и подписью уполномоченного лица услугодателя.

Сноска. Пункт 6 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 30.09.2016 № 831 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

7. Государственная услуга оказывается бесплатно физическим лицам (далее – услугополучатель).

8. График работы:

1) услугодателя – 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 в соответствии со статьей 80 Трудового кодекса Республики Казахстан от 23 ноября 2015 года (далее – Трудовой кодекс).

Прием заявления и выдача результата оказания государственной услуги осуществляется с 9.00 часов до 17.30 часов с перерывом на обед с 13.00 часов до 14.30 часов.

Государственная услуга оказывается в порядке очереди, без предварительной записи и ускоренного обслуживания;

2) портала – круглосуточно, за исключением технических перерывов в связи с проведением ремонтных работ (при обращении услугополучателя после окончания рабочего времени в выходные и праздничные дни прием заявления и выдача результата оказания государственной услуги осуществляется следующим рабочим днем в соответствии со статьей 80 Трудового кодекса).

Сноска. Пункт 8 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 30.09.2016 № 831 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

9. Перечень документов, необходимых для оказания государственной услуги при обращении услугополучателя (либо его представителя по доверенности):

1) к услугодателю:

для получения свидетельства со сроком на 5 (пять) лет с присвоением соответствующей квалификационной категории:

заявление по форме согласно приложению 2 к настоящему стандарту государственной услуги;

форма сведений согласно приложению 3 к настоящему стандарту государственной услуги и следующие документы:

копия результата оценки профессиональной подготовленности и подтверждения соответствия квалификации специалистов;

копия диплома о медицинском образовании;

копия документа об окончании интернатуры, резидентуры, клинической ординатуры по заявляемой специальности (при их наличии);

копия удостоверения о переподготовке по заявляемой специальности (при его наличии);

копия свидетельства о повышении квалификации за последние 5 лет по заявляемой специальности;

свидетельство, либо сертификат специалиста с присвоением квалификационной категории по заявляемой специальности (при наличии);

копия удостоверения о признании и нострификации документов об образовании, для лиц, получивших медицинское образование за пределами Республики Казахстан;

копия свидетельства о перемене фамилии, имени, отчества (при его наличии) или о заключении брака или о расторжении брака, для лиц, изменивших фамилию, имя или отчество (при его наличии) после получения документов об образовании.

К документу, выданному на иностранном языке, дополнительно предоставляется нотариально заверенный перевод на государственном или русском языке.

Информация о наличии медицинской деятельности по заявляемой специальности на момент подачи заявления указывается в форме сведения;

для получения бессрочного (на постоянный срок) свидетельства с присвоением первой или высшей квалификационной категории в соответствии с пунктом 17 Приказа № 531:

заявление по форме согласно приложению 4 к настоящему стандарту государственной услуги;

форма сведений согласно приложению 5 к настоящему стандарту государственной услуги и следующие документы:

копия свидетельства о повышении квалификации за последние 5 лет по заявляемой специальности;

копии ранее выданных трех равнозначных свидетельств (сертификатов) с присвоением первой, высшей квалификационной категории;

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

2) на портал:

для получения свидетельства со сроком на 5 (пять) лет с присвоением соответствующей квалификационной категории:

запрос в форме электронного документа, удостоверенного ЭЦП услугополучателя;

форма сведений согласно приложению 3 к настоящему стандарту государственной услуги и следующие документы:

электронная копия результата оценки профессиональной подготовленности и подтверждения соответствия квалификации специалистов;

электронная копия диплома о медицинском образовании;

электронная копия документа об окончании интернатуры, резидентуры, клинической ординатуры по заявляемой специальности (при их наличии);

электронная копия удостоверения о переподготовке по заявляемой специальности (при его наличии);

электронная копия свидетельства о повышении квалификации за последние 5 лет по заявляемой специальности;

электронная копия удостоверения о признании и нострификации документов об образовании, для лиц, получивших медицинское образование за пределами Республики Казахстан;

электронная копия свидетельства о перемене фамилии, имени, отчества (при его наличии) или о заключении брака или о расторжении брака, для лиц, изменивших фамилию, имя или отчество (при его наличии) после получения документов об образовании.

К документу, выданному на иностранном языке, дополнительно предоставляется нотариально заверенный перевод на государственном или русском языке.

Информация о наличии медицинской деятельности по заявляемой специальности на момент подачи заявления указывается в форме сведения;

для получения бессрочного свидетельства:

запрос в форме электронного документа, удостоверенного ЭЦП услугополучателя;

форма сведений согласно приложению 5 к настоящему стандарту государственной услуги и следующие документы:

электронные копии ранее выданных трех равнозначных свидетельств (сертификатов) с присвоением первой, высшей квалификационной категории.

Сведения документа, удостоверяющего личность услугополучателя, услугодатель получает из соответствующих государственных информационных систем через шлюз "электронного правительства".

При подаче услугополучателем всех необходимых документов:

через канцелярию услугодателя выдается расписка (уведомление) о приеме соответствующих документов;

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

Сноска. Пункт 9 в редакции приказа Министерства здравоохранения и социального развития РК от 30.09.2016 № 831 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

9-1. Услугодатель отказывает в оказании государственной услуги по следующим основаниям:

1) установление недостоверности и/или несоответствие следующих документов, представленных услугополучателем:

документов услугополучателя об образовании (диплома, удостоверение интернатуры, резидентуры, клинической ординатуры, переподготовки, повышения квалификации) к заявляемой специальности;

документов о прохождении переподготовки и повышения квалификации сроком обучения и форме в соответствии с Правилами повышения квалификации и переподготовки медицинских и фармацевтических кадров и квалификационных требований к организациям, реализующим программы дополнительного медицинского и фармацевтического образования, утвержденными приказом

исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 ноября 2009 года № 691 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 5904 );

несоответствие критериям присвоения квалификационной категории, утвержденным Приказом № 531;

2) неполное и недостоверное заполнение формы сведений;

3) в отношении услугополучателя имеется вступившее в законную силу решение (приговор) суда о запрещении медицинской деятельности по заявляемой специальности;

4) в отношении услугополучателя имеется вступившее в законную силу решение суда, на основании которого услугополучатель лишен специального права, связанного с получением государственной услуги.

**Сноска. Стандарт дополнен пунктом 9-1 в соответствии с приказом Министра здравоохранения и социального развития РК от 30.09.2016 № 831 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).**

### **3. Порядок обжалования решений, действий (бездействия) услугодателя и(или) их должностных лиц по вопросам оказания государственной услуги**

10. Обжалование решений, действий (бездействий) Министерства, услугодателя и (или) его должностных лиц по вопросам оказания государственных услуг: жалоба подается на имя руководителя услугодателя или Министерства по адресам, указанным в пункте 13 настоящего стандарта государственной услуги.

Жалоба по вопросам оказания государственных услуг подается в письменной форме по почте или в электронном виде, либо нарочно через канцелярию услугодателя или Министерства.

В жалобе услугополучателем указывается его фамилия, имя, отчество (при его наличии), почтовый адрес, исходящий номер и дата. Жалоба подписывается услугополучателем.

Подтверждением принятия жалобы является регистрация (штамп, входящий номер и дата) в канцелярии услугодателя с выдачей талона, в котором указываются номер, дата, фамилия имя, отчество (при его наличии), лица, принявшего жалобу (с указанием контактных данных должностных лиц, для получения информации о ходе рассмотрения жалобы, а также срока и места получения ответа).

При обращении через портал информация о порядке обжалования доступна по телефону единого контакт-центра: 8-800-080-7777 или 1414.

При отправке жалобы через портал услугополучателю из "личного кабинета" доступна информация об обращении, которая обновляется в ходе обработки обращения услугодателем (отметки о доставке, регистрации, исполнении, ответ о рассмотрении или отказе в рассмотрении).

Жалоба услугополучателя, поступившая в адрес услугодателя или Министерства, подлежит рассмотрению в течение пяти рабочих дней со дня ее регистрации. Результат рассмотрения жалобы направляется услугополучателю посредством почтовой связи либо выдается нарочно в канцелярии услугодателя или Министерства.

В случае несогласия с результатами оказанной государственной услуги услугополучатель обращается с жалобой в уполномоченный орган по оценке и контролю за качеством оказания государственных услуг.

Жалоба услугополучателя, поступившая в адрес уполномоченного органа по оценке и контролю за качеством оказания государственных услуг, рассматривается в течение пятнадцати рабочих дней со дня ее регистрации.

11. В случаях несогласия с результатами оказанной государственной услуги услугополучатель обращается в суд в установленном законодательством порядке.

#### **4. Иные требования с учетом особенностей оказания государственной услуги, в том числе оказываемой в электронной форме**

12. В помещениях услугодателя предусмотрены условия для обслуживания услугополучателей с ограниченными возможностями (пандусы и лифты).

13. Адреса мест оказания государственной услуги размещены на интернет-ресурсе Министерства: [www.mzsr.gov.kz](http://www.mzsr.gov.kz).

14. Услугополучатель получает государственную услугу в электронной форме через портал при условии наличия ЭЦП.

15. Услугополучатель получает информацию о порядке и статусе оказания государственной услуги в режиме удаленного доступа посредством "личного кабинета" портала, а также единого контакт-центра по вопросам оказания государственных услуг.

16. Контактные телефоны справочных служб по вопросам оказания государственной услуги размещены на интернет-ресурсе Министерства, единый контакт-центр по вопросам оказания государственной услуги: 8-800-080-7777, 1414.

|  |                                                                                                                                                                       |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Приложение 1<br>к стандарту государственной услуги<br>"Выдача свидетельства о присвоении<br>квалификационной категории<br>специалистам<br>с медицинским образованием" |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Сноска. Приложение 1 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 30.09.2016 № 831 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

форма

**Свидетельство  
о присвоении квалификационной категории**

\_\_\_\_\_

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

действительно получил(-а) настоящее свидетельство о присвоении

\_\_\_\_\_ квалификационной категории по специальности

\_\_\_\_\_

(специальность по номенклатуре)

Приказ руководителя государственного органа, вынесшего решение о его

выдаче от " \_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года № \_\_\_\_\_

Свидетельство действительно на срок \_\_\_\_\_

(указать 5 лет или постоянно)

Регистрационный № \_\_\_\_\_

Дата выдачи " \_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

|  |                                                                                                                                                                       |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Приложение 2<br>к стандарту государственной услуги<br>"Выдача свидетельства о присвоении<br>квалификационной категории<br>специалистам<br>с медицинским образованием" |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Сноска. Приложение 2 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития  
РК от 30.09.2016 № 831 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его  
первого официального опубликования).

форма

Руководителю \_\_\_\_\_

---

---

(наименование территориального

департамента государственного

органа)

от \_\_\_\_\_

---

(фамилия, имя, отчество (при его

наличии) услугополучателя)

Адрес проживания, контактный телефон

---

### **Заявление**

Прошу Вас выдать свидетельство о присвоении \_\_\_\_\_

квалификационной категории по специальности

---

(наименование специальности)

Я несу ответственность за достоверность указанных сведений.

Даю согласие на сбор и обработку персональных данных,

необходимых для оказания государственной услуги.

\_\_\_\_\_ (подпись услугополучателя)

\_\_\_\_\_ (дата заполнения)

|  |                                                                                                                                                                       |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Приложение 3<br>к стандарту государственной услуги<br>"Выдача свидетельства о присвоении<br>квалификационной категории<br>специалистам<br>с медицинским образованием" |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Сноска. Приложение 3 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 30.09.2016 № 831 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

форма

### Форма сведений

Для получения свидетельства о присвоении квалификационной категории

специалистам с медицинским образованием

1. Результат оценки профессиональной подготовленности и подтверждения

соответствия квалификации специалистов для специалистов с медицинским

образованием, за исключением специалистов санитарно-эпидемиологического

профиля (прикрепляется сканированная копия результата Оценки):

1) наименование заявляемой специальности \_\_\_\_\_

2) соответствует заявляемой категории: вторая, первая, высшая

(нужное подчеркнуть)

3) орган, выдавший заключение Оценки \_\_\_\_\_

4) число, месяц, год получения заключения Оценки \_\_\_\_\_

2. Медицинское образование (сканированная копия диплома об образовании):

1) образование (среднее медицинское образование, послесреднее медицинское,

высшее медицинское образование) \_\_\_\_\_

2) номер диплома \_\_\_\_\_

3) серия диплома \_\_\_\_\_

4) полное наименование организации образования \_\_\_\_\_

5) страна обучения \_\_\_\_\_

6) год поступления \_\_\_\_\_

7) год окончания \_\_\_\_\_

8) специальность по диплому \_\_\_\_\_

9) квалификация по диплому \_\_\_\_\_

10) нострификация и/или признание документов об образовании (для лиц,

получивших медицинское образование за пределами Республики Казахстан:

диплом, интернатура, резидентура, клиническая ординатура, магистратура и

другие), (сканированная копия документа о нострификации и/или признании

документов об образовании):

Страна обучения \_\_\_\_\_

Полное наименование организации образования \_\_\_\_\_

Орган выдавший удостоверение о нострификации \_\_\_\_\_

Номер и дата приказа нострификации \_\_\_\_\_

Регистрационный номер нострификации \_\_\_\_\_

Дата выдачи удостоверения нострификации \_\_\_\_\_

3. Сведения о специальности интернатуры, клинической ординатуры, резидентуры по заявляемой специальности (для специалистов с высшим медицинским образованием) (сканированная копия документа):

1) специальность интернатуры \_\_\_\_\_

2) год поступления \_\_\_\_\_

3) год окончания \_\_\_\_\_

4) продолжительность обучения \_\_\_\_\_

5) объем обучения в часах \_\_\_\_\_

6) полное наименование организации \_\_\_\_\_

7) место прохождения интернатуры \_\_\_\_\_

8) специальность клинической ординатуры \_\_\_\_\_

9) год поступления \_\_\_\_\_

10) год окончания \_\_\_\_\_

11) продолжительность обучения \_\_\_\_\_

12) объем обучения в часах \_\_\_\_\_

13) полное наименование организации \_\_\_\_\_

14) место прохождения клинической ординатуры \_\_\_\_\_

15) специальность резидентуры \_\_\_\_\_

16) год поступления \_\_\_\_\_

17) год окончания \_\_\_\_\_

18) продолжительность обучения \_\_\_\_\_

19) объем обучения в часах \_\_\_\_\_

20) полное наименование организации \_\_\_\_\_

21) место прохождения \_\_\_\_\_

4. Сведения об удостоверении по переподготовке по заявляемой специальности

(сканированная копия документа):

1) номер удостоверения по переподготовке \_\_\_\_\_

2) специальность переподготовки \_\_\_\_\_

3) название обучающей организации \_\_\_\_\_

4) объем обучения в часах \_\_\_\_\_

5) начало обучения \_\_\_\_\_

6) окончание обучения \_\_\_\_\_

5. Сведения действующего свидетельства (сертификата специалиста) с

присвоением категории по заявляемой специальности (при наличии):

1) дата и номер приказа \_\_\_\_\_

2) номер и код административного документа (далее – НИКАД)

/регистрационный номер \_\_\_\_\_

3) орган, выдавший свидетельство \_\_\_\_\_

4) срок действия свидетельства (сертификата) \_\_\_\_\_

5) специальность \_\_\_\_\_

6) квалификационная категория \_\_\_\_\_

6. Сведения действующего сертификата для допуска к клинической

практике по заявляемой специальности:

1) дата и номер приказа \_\_\_\_\_

2) номер НИКАД/регистрационный номер \_\_\_\_\_

3) орган, выдавший сертификат \_\_\_\_\_

4) срок действия свидетельства \_\_\_\_\_

5) специальность \_\_\_\_\_

7. Сведения о настоящем месте работы: \_\_\_\_\_

1) стаж работы по заявляемой специальности (лет, месяцев, дней) \_\_\_\_\_

2) общий медицинский стаж (лет, месяцев, дней) \_\_\_\_\_

3) место работы в настоящее время \_\_\_\_\_

4) занимаемая должность \_\_\_\_\_

5) трудовая деятельность по заявляемой специальности \_\_\_\_\_

| Дата приема | Дата увольнения | Место работы | Занимаемая должность | Дата и номер приказа (приема либо увольнения с работы) |
|-------------|-----------------|--------------|----------------------|--------------------------------------------------------|
|             |                 |              |                      |                                                        |
|             |                 |              |                      |                                                        |

8. Повышение квалификации за последние 5 лет по заявляемой специальности:

1) сведения о свидетельстве повышения квалификации по заявляемой специальности

(сканированная копия документа)

2) номер свидетельства о повышении квалификации \_\_\_\_\_

3) наименование цикла \_\_\_\_\_

4) название обучающей организации \_\_\_\_\_

5) начало обучения \_\_\_\_\_

6) окончание обучения \_\_\_\_\_

7) объем обучения в часах \_\_\_\_\_

|  |                                                                                                                                                                       |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Приложение 4<br>к стандарту государственной услуги<br>"Выдача свидетельства о присвоении<br>квалификационной категории<br>специалистам<br>с медицинским образованием" |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Сноска. Приложение 4 в редакции приказа Министерства здравоохранения и социального развития РК от 30.09.2016 № 831 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

форма

Руководителю

\_\_\_\_\_

(наименование территориального

департамента государственного органа)

от \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при его наличии)

услугополучателя, ИИН)

Адрес проживания, контактный телефон,

место работы

---

Заявление

Прошу Вас выдать бессрочное свидетельство о присвоении \_\_\_\_\_

квалификационной категории по специальности \_\_\_\_\_

(наименование специальности)

1) Свидетельство (сертификат) № \_\_\_\_\_, от " " \_\_\_\_\_ 20\_\_ год по специальности

\_\_\_\_\_

(наименование специальности)

2) Свидетельство (сертификат) № \_\_\_\_\_, от " " \_\_\_\_\_ 20\_\_ год по специальности

\_\_\_\_\_

(наименование специальности)

3) Свидетельство (сертификат) № \_\_\_\_\_, от " " \_\_\_\_\_ 20\_\_ год по специальности

\_\_\_\_\_

(наименование специальности)

Я несу ответственность за достоверность указанных сведений.

Даю согласие на сбор и обработку персональных данных, необходимых для оказания

государственной услуги.

\_\_\_\_\_

(подпись услугополучателя)

\_\_\_\_\_

(дата заполнения)

Приложение 5  
к стандарту государственной услуги  
"Выдача свидетельства о присвоении  
квалификационной категории  
специалистам  
с медицинским образованием"

Сноска. Приложение 5 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития  
РК от 30.09.2016 № 831 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его  
первого официального опубликования).

форма

Форма сведений

для получения бессрочного свидетельства о присвоении

первой, высшей квалификационной категории

1. Сведения о месте работы \_\_\_\_\_

1) стаж работы по заявляемой специальности (лет, месяцев, дней) \_\_\_\_\_

2) общий медицинский стаж (лет, месяцев, дней) \_\_\_\_\_

3) место работы в настоящее время \_\_\_\_\_

4) занимаемая должность \_\_\_\_\_

5) трудовая деятельность по заявляемой специальности \_\_\_\_\_

| Дата приема | Дата увольнения | Место работы | Занимаемая должность | Дата и номер приказа (приема либо увольнения с работы) |
|-------------|-----------------|--------------|----------------------|--------------------------------------------------------|
|             |                 |              |                      |                                                        |

2. Сведения о трех ранее выданных свидетельствах, либо сертификатах специалиста

о присвоении квалификационной категории (сканированные копии свидетельств, либо сертификатов):

1. Свидетельство (сертификат специалиста) № 1

1) дата и номер приказа \_\_\_\_\_

2) номер НИКАД/регистрационный номер \_\_\_\_\_

3) орган выдавший \_\_\_\_\_

4) срок действия свидетельства \_\_\_\_\_

5) специальность \_\_\_\_\_

6) квалификационная категория \_\_\_\_\_

2. Свидетельство (сертификат специалиста) № 2

1) дата и номер приказа \_\_\_\_\_

2) номер НИКАД/регистрационный номер \_\_\_\_\_

3) орган, выдавший свидетельство (сертификат) \_\_\_\_\_

4) срок действия свидетельства \_\_\_\_\_

5) специальность \_\_\_\_\_

6) квалификационная категория \_\_\_\_\_

3. Свидетельство (сертификат специалиста) № 3

1) дата и номер приказа \_\_\_\_\_

2) номер НИКАД/регистрационный номер \_\_\_\_\_

3) орган, выдавший свидетельство \_\_\_\_\_

4) срок действия свидетельства \_\_\_\_\_

5) специальность \_\_\_\_\_

6) квалификационная категория \_\_\_\_\_

4. Повышение квалификации за последние 5 лет по заявляемой специальности

(сканированная копия документа):

1) сведения о свидетельстве повышения квалификации по заявляемой специальности

2) номер свидетельства о повышении квалификации \_\_\_\_\_

3) наименование цикла \_\_\_\_\_

4) название обучающей организации \_\_\_\_\_

5) начало обучения \_\_\_\_\_

6) окончание обучения \_\_\_\_\_

7) объем обучения в часах \_\_\_\_\_

|  |                                                                                                                                         |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Приложение 3<br>к приказу Министра<br>здравоохранения и<br>социального развития<br>Республики Казахстан<br>от 28 апреля 2015 года № 294 |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Стандарт государственной услуги "Аккредитация медицинских организаций в целях признания соответствия их деятельности стандартам аккредитации"**

Сноска. Заголовок стандарта в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 30.09.2016 № 831 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

**1. Общие положения**

1. Государственная услуга "Аккредитация медицинских организаций в целях признания соответствия их деятельности стандартам аккредитации" (далее – государственная услуга).

Сноска. Пункт 1 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 30.09.2016 № 831 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

2. Стандарт государственной услуги разработан Министерством здравоохранения и социального развития Республики Казахстан (далее – Министерство).

3. Государственная услуга оказывается Комитетом контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства и его территориальными подразделениями (далее – услугодатель).

Прием заявления на получение государственной услуги осуществляется через:

1) канцелярию услугодателя - территориальные подразделения Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства;

2) веб-портал "электронного правительства" [www.egov.kz](http://www.egov.kz), [www.elicense.kz](http://www.elicense.kz) (далее - портал).

Выдача результата оказания государственной услуги осуществляется через портал.

## 2. Порядок оказания государственной услуги

4. Срок оказания государственной услуги:

1) с момента сдачи пакета документов услугодателю, а также при обращении на портал:

при выдачи свидетельства об аккредитации – 45 (сорок пять) рабочих дней;

при переоформлении свидетельства об аккредитации, в случае изменения наименования, организационно – правовой формы субъекта – 5 (пять) рабочих дней;

при выдачи дубликата свидетельства об аккредитации, в случае утери либо порчи свидетельства об аккредитации, выданного в бумажной форме – 2 (два) рабочих дня.

В случаях установления факта неполноты представленных документов согласно перечню, предусмотренному пунктом 9 настоящего стандарта государственной услуги, и (или) документов с истекшим сроком действия услугодатель в указанные сроки дает письменный мотивированный ответ о прекращении рассмотрения заявления;

2) максимально допустимое время ожидания для сдачи пакета документов – 15 (пятнадцать) минут;

3) максимально допустимое время обслуживания – 15 (пятнадцать) минут.

**Сноска. Пункт 4 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 30.09.2016 № 831 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).**

5. Форма оказываемой государственной услуги: электронная (частично автоматизированная) и (или) бумажная.

6. Результат оказания государственной услуги – свидетельство об аккредитации по форме согласно приложению 1 к настоящему стандарту государственной услуги, дубликат свидетельства об

аккредитации согласно приложению 2 к настоящему стандарту государственной услуги, либо мотивированный ответ об отказе в оказании государственной услуги по основаниям установленным пунктом 9-1 настоящего стандарта.

Свидетельство об аккредитации выдается сроком на 3 года.

Форма предоставления результата оказания государственной услуги: электронная.

В случае обращения услугополучателя за получением свидетельства об аккредитации на бумажном носителе, свидетельство об аккредитации оформляется в электронной форме, распечатывается и заверяется печатью и подписью руководителя услугодателя.

При обращении услугополучателя через портал результат государственной услуги направляется услугополучателю в "личный кабинет" в форме электронного документа, удостоверенного электронной цифровой подписью (далее – ЭЦП) уполномоченного лица Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства.

**Сноска. Пункт 6 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 30.09.2016 № 831 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).**

7. Государственная услуга оказывается бесплатно юридическим лицам (далее – услугополучатель).

8. График работы:

1) услугодателя – с понедельника по пятницу с 9.00 часов до 18.30 часов с перерывом на обед с 13.00 часов до 14.30 часов, кроме выходных и праздничных дней согласно Трудовому кодексу Республики Казахстан.

Прием заявления и выдача результата оказания государственной услуги осуществляется с 9.00 . часов до 17.30. часов с перерывом на обед с 13.00 часов до 14.30 часов.

2) портала – круглосуточно за исключением технических перерывов в связи с проведением ремонтных работ (при обращении услугополучателя после окончания рабочего времени в выходные и праздничные дни согласно Трудовому кодексу Республики Казахстан прием заявления и выдача результата оказания государственной услуги осуществляется следующим рабочим днем).

Государственная услуга оказывается в соответствии с графиком проведения аккредитации медицинских организаций, в порядке очереди, без предварительной записи и ускоренного обслуживания.

9. Перечень документов, необходимых для оказания государственной услуги при обращении услугополучателя (либо его представителя по доверенности):

1) к услугодателю:

для получения свидетельства об аккредитации:

- заявление об аккредитации субъектов здравоохранения по форме согласно приложению 3 к настоящему стандарту государственной услуги;

для переоформления свидетельства об аккредитации:

- заявление по форме согласно приложению 4 к настоящему стандарту государственной услуги;
- документ подтверждающий изменение наименования или организационно - правовой формы услугополучателя;

для получения дубликата свидетельства об аккредитации:

- заявление по форме согласно приложению 5 к настоящему стандарту государственной услуги;

2) на портал:

для получения свидетельства об аккредитации:

- запрос в форме электронного документа, удостоверенного ЭЦП услугополучателя;

для переоформления свидетельства об аккредитации:

- запрос в форме электронного документа, удостоверенного ЭЦП услугополучателя;
- электронная копия документа подтверждающего изменение наименования или организационно – правовой формы услугополучателя;

для получения дубликата свидетельства об аккредитации:

- заявление по форме согласно приложению 5 к настоящему стандарту государственной услуги;

Сведения документов о государственной регистрации (перерегистрации) в качестве юридического лица, о результатах самооценки услугополучателя на соответствие стандартам аккредитации, утвержденным уполномоченным органом в области здравоохранения, о лицензии на право осуществления медицинской и (или) фармацевтической деятельности, являющиеся государственными информационными ресурсами, услугодатель получает из соответствующих государственных информационных систем через шлюз "электронного правительства".

При подаче услугополучателем всех необходимых документов:

через канцелярию услугодателя (нарочно либо посредством почтовой связи) – подтверждением принятия заявления на бумажном носителе является отметка на его копии о регистрации в канцелярии услугодателя с указанием даты и времени приема пакета документов;

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

9-1. Услугодатель отказывает в оказании государственной услуги по следующим основаниям:

1) установление недостоверности документов, представленных услугополучателем для получения государственной услуги, и (или) данных (сведений), содержащихся в них;

2) несоответствие стандартам аккредитации медицинских организаций, утвержденным приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 октября 2012 года № 676 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 8064) и стандартам аккредитации для организаций здравоохранения, осуществляющих деятельность в сфере службы крови, утвержденным приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 6 января 2014 года № 2 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 9148);

3) в отношении услугополучателя имеется вступившее в законную силу решение (приговор) суда о запрещении медицинской деятельности;

4) в отношении услугополучателя имеется вступившее в законную силу решение суда о запрещении деятельности или отдельных видов деятельности, требующих получения определенной государственной услуги.

Сноска. Стандарт дополнен пунктом 9-1 в соответствии с приказом Министра здравоохранения и социального развития РК от 30.09.2016 № 831 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

### **3. Порядок обжалования решений, действий (бездействия) услугодателя и (или) их должностных лиц по вопросам оказания государственной услуги**

10. Обжалование решений, действий (бездействий) Министерства, услугодателя и (или) его должностных лиц по вопросам оказания государственных услуг: жалоба подается на имя руководителя услугодателя или Министерства по адресам, указанным в пункте 13 настоящего стандарта государственной услуги.

Жалоба по вопросам оказания государственных услуг подается в письменной форме по почте или в электронном виде, либо нарочно через канцелярию услугодателя или Министерства.

В жалобе услугополучателем указывается его фамилия, имя, отчество (при его наличии), почтовый адрес, исходящий номер, дата и подписывается услугополучателем.

Подтверждением принятия жалобы является регистрация (штамп, входящий номер и дата) в канцелярии услугодателя с выдачей талона, в котором указываются номер, дата, фамилия имя, отчество (при его наличии), лица, принявшего жалобу (с указанием контактных данных должностных

лиц, для получения информации о ходе рассмотрения жалобы, а также срока и места получения ответа).

При обращении через портал информация о порядке обжалования доступна по телефону единого контакт-центра: 8-800-080-7777 или 1414.

При отправке жалобы через портал услугополучателю из "личного кабинета" доступна информация об обращении, которая обновляется в ходе обработки обращения услугодателем (отметки о доставке, регистрации, исполнении, ответ о рассмотрении или отказе в рассмотрении).

Жалоба услугополучателя, поступившая в адрес услугодателя или Министерства, подлежит рассмотрению в течении пяти рабочих дней со дня ее регистрации. Результат рассмотрения жалобы направляется услугополучателю посредством почтовой связи либо выдается нарочно в канцелярии услугодателя или Министерства.

В случае несогласия с результатами оказанной государственной услуги, услугополучатель обращается с жалобой в уполномоченный орган по оценке и контролю за качеством оказания государственных услуг.

Жалоба услугополучателя, поступившая в адрес уполномоченного органа по оценке и контролю за качеством оказания государственных услуг, рассматривается в течение пятнадцати рабочих дней со дня ее регистрации.

11. В случаях несогласия с результатами оказанной государственной услуги услугополучатель обращается в суд в установленном законодательством порядке.

## **5. Иные требования с учетом особенностей оказания государственной услуги, в том числе оказываемой в электронной форме**

12. В помещениях услугодателя предусмотрены условия для обслуживания услугополучателей с ограниченными возможностями (пандусы и лифты).

13. Адреса мест оказания государственной услуги размещены на интернет - ресурсе Министерства - [www.mzsr.gov.kz](http://www.mzsr.gov.kz).

14. Услугополучатель получает государственную услугу в электронной форме через портал при условии наличия ЭЦП.

15. Услугополучатель получает информацию о порядке и статусе оказания государственной услуги в режиме удаленного доступа посредством "личного кабинета" портала, а также единого контакт-центра по вопросам оказания государственных услуг.

16. Контактные телефоны справочных служб по вопросам оказания государственной услуги размещены на интернет-ресурсе Министерства [www.mzsr.gov.kz](http://www.mzsr.gov.kz), единый контакт-центр по вопросам оказания государственных услуг: 1414, 8-800-080-7777.

|  |                                                                                                                                                                                              |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>Приложение 1<br/>к стандарту государственной услуги<br/>"Аккредитация медицинских<br/>организаций<br/>в целях признания соответствия их<br/>деятельности стандартам<br/>аккредитации"</p> |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Сноска. Приложение 1 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 30.09.2016 № 831 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

форма

Герб Республики Казахстан

Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан

Комитет контроля медицинской и фармацевтической деятельности

Свидетельство об аккредитации

Выдано \_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации, юридический адрес)

На основании Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе

здравоохранения" от 18 сентября 2009 года, результатов внешней комплексной оценки

и решения аккредитационной комиссии (приказ от "\_\_" \_\_\_\_ 20\_\_ года №\_\_)

признается аккредитованной сроком на 3 года с присвоением\_\_ категории

Настоящее свидетельство подтверждает о соответствии деятельности

медицинской организаций стандартам аккредитации в области здравоохранения

Республики Казахстан

Руководитель \_\_\_\_\_

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

Дата выдачи свидетельства "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Дата переоформления свидетельства "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Регистрационный № \_\_\_\_\_

Город \_\_\_\_\_

|  |                                                                                                                                                                                 |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Приложение 2<br>к стандарту государственной услуги<br>"Аккредитация медицинских<br>организаций<br>в целях признания соответствия их<br>деятельности стандартам<br>аккредитации" |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Сноска. Приложение 2 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 30.09.2016 № 831 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

форма

Герб Республики Казахстан

Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан

Комитет контроля медицинской и фармацевтической деятельности

Дубликат свидетельства об аккредитации

Выдано \_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации, юридический адрес)

На основании Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе

здравоохранения" от 18 сентября 2009 года, результатов внешней комплексной

оценки и решения аккредитационной комиссии (приказ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года №\_\_)

Настоящее свидетельство удостоверяет о соответствии деятельности

субъекта здравоохранения стандартам аккредитации в области здравоохранения

Республики Казахстан

Руководитель \_\_\_\_\_

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

Дата выдачи свидетельства "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Дата выдачи дубликата "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Регистрационный № \_\_\_\_\_

Город \_\_\_\_\_

|  |                                                                                                                                                                                 |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Приложение 3<br>к стандарту государственной услуги<br>"Аккредитация медицинских<br>организаций<br>в целях признания соответствия их<br>деятельности стандартам<br>аккредитации" |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Сноска. Приложение 3 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 30.09.2016 № 831 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

форма

В \_\_\_\_\_

(полное наименование органа по

аккредитации в области здравоохранения)

от \_\_\_\_\_

(полное наименование медицинской организации)

Заявление

Прошу аккредитовать \_\_\_\_\_

(полное наименование организации)

Сведения об организации:

1. БИН \_\_\_\_\_

2. Форма собственности \_\_\_\_\_

3. Вид деятельности \_\_\_\_\_

4. Уставной капитал \_\_\_\_\_

5. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) представителя

6. Дата регистрации \_\_\_\_\_

7. Свидетельство или справка о государственной (учетной) о регистрации

(перерегистрации) \_\_\_\_\_

(№, серия, кем и когда выдано, организационно-правовая форма)

8. Адрес \_\_\_\_\_

(почтовый индекс, область, город, район, населенный пункт, наименование улицы,

номер дома/здания (стационарного помещения))

9. Расчетный счет \_\_\_\_\_

(№ счета, наименование и местонахождение банка)

10. Филиалы, представительства \_\_\_\_\_

(местонахождение и реквизиты)

11. Номер документа "результат самооценки", дата прохождения самооценки

\_\_\_\_\_

12. № лицензии \_\_\_\_\_

13. Вид деятельности \_\_\_\_\_

14. Прилагаемые документы: \_\_\_\_\_

Даю согласие на сбор и обработку персональных данных, необходимых для  
оказания государственной услуги.

Руководитель \_\_\_\_\_

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

|  |                                                                                                                                                                                 |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Приложение 4<br>к стандарту государственной услуги<br>"Аккредитация медицинских<br>организаций<br>в целях признания соответствия их<br>деятельности стандартам<br>аккредитации" |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Сноска. Приложение 4 в редакции приказа Министерства здравоохранения и социального развития  
РК от 30.09.2016 № 831 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его  
первого официального опубликования).

форма

В \_\_\_\_\_

(полное наименование органа по

аккредитации в области здравоохранения)

от \_\_\_\_\_

(полное наименование медицинской организации)

Заявление

о переоформлении свидетельства об аккредитации

Прошу переоформить свидетельство об аккредитации в связи \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(полное наименование организации)

Сведения об организации:

1. БИН \_\_\_\_\_

2. Форма собственности \_\_\_\_\_

3. Вид деятельности \_\_\_\_\_

4. Уставной капитал \_\_\_\_\_

5. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) представителя

6. Дата регистрации \_\_\_\_\_

7. Свидетельство или справка о государственной (учетной) регистрации

(перерегистрации) \_\_\_\_\_

(№, серия, кем и когда выдано, организационно-правовая форма)

8. Адрес \_\_\_\_\_

(почтовый индекс, область, город, район, населенный пункт, наименование

улицы, номер дома/здания (стационарного помещения))

9. Расчетный счет \_\_\_\_\_

(№ счета, наименование и местонахождение банка)

10. Филиалы, представительства \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(местонахождение и реквизиты)

Даю согласие на сбор и обработку персональных данных, необходимых для  
оказания государственной услуги.

Руководитель \_\_\_\_\_

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

|  |                                                                                                                                                                                 |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Приложение 5<br>к стандарту государственной услуги<br>"Аккредитация медицинских<br>организаций<br>в целях признания соответствия их<br>деятельности стандартам<br>аккредитации" |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Сноска. Приложение 5 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития  
РК от 30.09.2016 № 831 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его  
первого официального опубликования).

форма

В \_\_\_\_\_

(полное наименование органа по

аккредитации в области здравоохранения)

от \_\_\_\_\_

(полное наименование медицинской организации)

Заявление

о выдаче дубликата свидетельства об аккредитации

Прошу выдать дубликат свидетельства об аккредитации в связи (указать причину) \_\_\_\_\_

(полное наименование организации)

Сведения об организации:

1. БИН \_\_\_\_\_

2. Форма собственности \_\_\_\_\_

3. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) представителя

4. Свидетельство или справка о государственной (учетной) регистрации

(перерегистрации) \_\_\_\_\_

(№, серия, кем и когда выдано, организационно-правовая форма)

5. Адрес \_\_\_\_\_

(почтовый индекс, область, город, район, населенный пункт, наименование

улицы, номер дома/здания (стационарного помещения))

6. Филиалы, представительства \_\_\_\_\_

(местонахождение и реквизиты)

7. Информация о ранее выданном свидетельстве об аккредитации \_\_\_\_\_

(регистрационный номер, дата выдачи, срок аккредитации)

Даю согласие на сбор и обработку персональных данных, необходимых для

оказания государственной услуги.

Руководитель \_\_\_\_\_

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

|  |                                                                                                                                         |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Приложение 4<br>к приказу Министра<br>здравоохранения и<br>социального развития<br>Республики Казахстан<br>от 28 апреля 2015 года № 294 |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## **Стандарт государственной услуги**

### **"Аккредитация физических лиц на право проведения независимой экспертной оценки деятельности субъектов здравоохранения"**

#### **1. Общие положения**

1. Государственная услуга "Аккредитация физических лиц на право проведения независимой экспертной оценки деятельности субъектов здравоохранения" (далее – государственная услуга).

2. Стандарт государственной услуги разработан Министерством здравоохранения и социального развития Республики Казахстан (далее – Министерство).

3. Государственная услуга оказывается Комитетом контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства и его территориальными подразделениями (далее – услугодатель).

Прием заявления на получение государственной услуги осуществляется через:

1) канцелярию услугодателя - территориальные подразделения Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства;

2) веб-портал "электронного правительства" [www.egov.kz](http://www.egov.kz), [www.elicense.kz](http://www.elicense.kz) (далее - портал).

Выдача результата оказания государственной услуги осуществляется через портал.

#### **2. Порядок оказания государственной услуги**

##### **4. Срок оказания государственной услуги**

1) с момента сдачи пакета документов услугодателю, а также при обращении на портал – 22 (двадцать два) рабочих дня.

Услугодатель в течение двух рабочих дней с момента получения документов услугополучателя проверяет на полноту представленных документов.

В случаях установления факта неполноты представленных документов согласно перечню, предусмотренному пунктом 9 настоящего стандарта государственной услуги, и (или) документов с истекшим сроком действия услугодатель в указанные сроки дает письменный мотивированный ответ о прекращении рассмотрения заявления;

2) максимально допустимое время ожидания для сдачи пакета документов – 15 (пятнадцать) минут;

3) максимально допустимое время обслуживания – 15 (пятнадцать) минут.

Сноска. Пункт 4 в редакции приказа Министерства здравоохранения и социального развития РК от 30.09.2016 № 831 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

5. Форма оказания государственной услуги: электронная (частично автоматизированная) и (или) бумажная.

6. Результат оказания государственной услуги – свидетельство об аккредитации физических лиц на право проведения независимой экспертной оценки деятельности субъектов здравоохранения (далее – свидетельство об аккредитации) по форме согласно приложению 1 к настоящему стандарту государственной услуги либо мотивированный ответ об отказе в оказании государственной услуги по основаниям установленным пунктом 9-1 настоящего стандарта.

Свидетельство об аккредитации выдается сроком на 5 лет, при положительном прохождении тестирования и собеседования.

Форма предоставления результата оказания государственной услуги электронная.

В случае обращения услугополучателя за получением свидетельства об аккредитации на бумажном носителе, свидетельство об аккредитации оформляется в электронной форме, распечатывается и заверяется печатью и подписью руководителя услугодателя.

При обращении услугополучателя через портал результат государственной услуги направляется услугополучателю в "личный кабинет" в форме электронного документа, удостоверенного электронной цифровой подписью (далее – ЭЦП) уполномоченного лица Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства.

Сноска. Пункт 6 в редакции приказа Министерства здравоохранения и социального развития РК от 30.09.2016 № 831 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

7. Государственная услуга оказывается бесплатно, физическим лицам (далее – услугополучатель).

8. График работы:

1) услугодателя – 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 согласно Трудовому кодексу Республики Казахстан.

Прием заявления и выдача результата оказания государственной услуги осуществляется с 9.00 часов до 17.30 часов с перерывом на обед с 13.00 часов до 14.30 часов.

Государственная услуга оказывается в соответствии с графиком проведения аккредитации физических лиц, в порядке очереди, без предварительной записи и ускоренного обслуживания;

2) портала – круглосуточно, за исключением технических перерывов в связи с проведением ремонтных работ (при обращении услугополучателя после окончания рабочего времени в выходные и праздничные дни согласно Трудовому кодексу Республики Казахстан прием заявления и выдача результата оказания государственной услуги осуществляется следующим рабочим днем).

9. Перечень документов, необходимых для оказания государственной услуги при обращении услугополучателя (либо его представителя по доверенности):

1) к услугодателю:

заявление по форме согласно приложению 2 к настоящему стандарту государственной услуги;

документ удостоверяющий личность (для идентификации личности);

копия диплома о высшем профессиональном медицинском или фармацевтическом образовании;

копия трудовой книжки или иной документ, подтверждающий наличие стажа работы не менее 7 лет;

в государственных органах в сфере здравоохранения или организациях здравоохранения, осуществлявших экспертизу качества в сфере медицинских услуг и (или) обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения или медицинской техники;

в организациях медицинского или фармацевтического образования (научно-педагогического состава);

в профессиональной медицинской (клиническая практика) и (или) фармацевтической деятельности;

копии документов о повышении квалификации и (или) переподготовки (для специалистов, осуществляющих клиническую практику):

лица, впервые претендующим на получение свидетельства об аккредитации, за исключением лиц, имеющих стаж работы не менее 7 лет

в государственных органах в сфере здравоохранения или организациях здравоохранения, осуществлявшие экспертизу качества в сфере медицинских услуг и (или) обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения или медицинской техники либо в организациях медицинского или фармацевтического образования (научно-педагогический состав), предоставляют документ о повышении квалификации в организациях образования и науки в области здравоохранения

за последние 2 года, по вопросам проведения экспертизы или по основам экспертной деятельности, в общем объеме не менее 216 часов;

лица, повторно претендующим на получение свидетельства об аккредитации, за исключением лиц, имеющих стаж работы не менее 7 лет в государственных органах в сфере здравоохранения или организациях здравоохранения, осуществлявших экспертизу качества в сфере медицинских услуг и (или) обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения или медицинской техники либо в организациях медицинского или фармацевтического образования (научно-педагогический состав), предоставляют документ о повышении квалификации в организациях образования и науки в области здравоохранения за последние 5 лет, по соответствующей специальности и (или) по вопросам управления качества медицинских услуг, в общем объеме не менее 216 часов;

копии документов о наличии ученых степеней, званий (при их наличии);

2) на портал:

запрос в форме электронного документа, удостоверенного ЭЦП услугополучателя;

электронная копия диплома о высшем профессиональном медицинском или фармацевтическом образовании;

электронная копия трудовой книжки или иной документ, подтверждающий наличие стажа работы не менее 7 лет:

в государственных органах в сфере здравоохранения или организациях здравоохранения, осуществлявшие экспертизу качества в сфере медицинских услуг и (или) обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения или медицинской техники;

в организациях медицинского или фармацевтического образования (научно-педагогического состава);

в профессиональной медицинской (клиническая практика) и (или) фармацевтической деятельности;

электронные копии документов о повышении квалификации и (или) переподготовки (для специалистов, осуществляющих клиническую практику):

лицам, впервые претендующим на получение свидетельства об аккредитации, за исключением лиц, имеющих стаж работы не менее 7 лет

в государственных органах в сфере здравоохранения или организациях здравоохранения, осуществлявшие экспертизу качества в сфере медицинских услуг и (или) обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения или медицинской техники либо в организациях медицинского или фармацевтического образования (научно-педагогический состав), необходимо

повышение квалификации в организациях образования и науки в области здравоохранения за последние 2 года, по вопросам проведения экспертизы или по основам экспертной деятельности, в общем объеме не менее 216 часов.

лицам, повторно претендующим на получение свидетельства об аккредитации, за исключением лиц, имеющих стаж работы не менее 7 лет

в государственных органах в сфере здравоохранения или организациях здравоохранения, осуществлявшие экспертизу качества в сфере медицинских услуг и (или) обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения или медицинской техники либо в организациях медицинского или фармацевтического образования (научно-педагогический состав), необходимо повышение квалификации в организациях образования и науки в области здравоохранения за последние 5 лет, по соответствующей специальности и (или) по вопросам управления качества медицинских услуг, в общем объеме не менее 216 часов;

электронные копии документов о наличии ученых степеней, званий (при их наличии).

Сведения документа, удостоверяющего личность услугополучателя и сертификата о присвоении первой или высшей квалификационных категорий, являющиеся государственными информационными ресурсами, услугодатель получает из соответствующих государственных информационных систем через шлюз "электронного правительства".

При подаче услугополучателем всех необходимых документов:

через канцелярию услугодателя (нарочно либо посредством почтовой связи) – подтверждением принятия заявления на бумажном носителе является отметка на его копии о регистрации в канцелярии услугодателя с указанием даты и времени приема пакета документов;

через портал – в "личном кабинете" услугополучателя отображается статус о принятии запроса для оказания государственной услуги с указанием даты, времени и места прохождения тестирования и собеседования (в случае его допуска по результатам проверки документов к тестированию по результатам тестирования к собеседованию).

9-1. Услугодатель отказывает в оказании государственной услуги по следующим основаниям:

1) установление недостоверности документов, представленных услугополучателем для получения государственной услуги, и (или) данных (сведений), содержащихся в них;

2) получение отрицательного результата тестирования и (или) собеседования, в соответствии с Правилами аккредитации в области здравоохранения, утвержденными приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 10 марта 2015 года № 127 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 10735);

3) в отношении услугополучателя имеется вступившее в законную силу решение (приговор) суда о запрещении деятельности или отдельных видов деятельности, требующих получения определенной государственной услуги;

4) в отношении услугополучателя имеется вступившее в законную силу решение суда, на основании которого услугополучатель лишен специального права, связанного с получением государственной услуги.

Сноска. Стандарт дополнен пунктом 9-1 в соответствии с приказом Министра здравоохранения и социального развития РК от 30.09.2016 № 831 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

### **3. Порядок обжалования решений, действий (бездействия) услугодателя и (или) их должностных лиц по вопросам оказания государственной услуги**

10. Обжалование решений, действий (бездействий) Министерства, услугодателя и (или) его должностных лиц по вопросам оказания государственных услуг: жалоба подается на имя руководителя услугодателя или Министерства по адресам, указанным в пункте 13 настоящего стандарта государственной услуги.

Жалоба по вопросам оказания государственных услуг подается в письменной форме по почте или в электронном виде, либо нарочно через канцелярию услугодателя или Министерства.

В жалобе услугополучателем указывается его фамилия, имя, отчество (при его наличии), почтовый адрес, исходящий номер, дата и подписывается услугополучателем.

Подтверждением принятия жалобы является регистрация (штамп, входящий номер и дата) в канцелярии услугодателя с выдачей талона, в котором указываются номер, дата, фамилия имя, отчество (при его наличии), лица, принявшего жалобу (с указанием контактных данных должностных лиц, для получения информации о ходе рассмотрения жалобы, а также срока и места получения ответа).

При обращении через портал информация о порядке обжалования доступна по телефону единого контакт – центра: 8-800-080-7777 или 1414.

При отправке жалобы через портал услугополучателю из "личного кабинета" доступна информация об обращении, которая обновляется в ходе обработки обращения услугодателем (отметки о доставке, регистрации, исполнении, ответ о рассмотрении или отказе в рассмотрении).

Жалоба услугополучателя, поступившая в адрес услугодателя или Министерства, подлежит рассмотрению в течение пяти рабочих дней со дня ее регистрации. Результат рассмотрения жалобы направляется услугополучателю посредством почтовой связи либо выдается нарочно в канцелярии услугодателя или Министерства.

В случае несогласия с результатами оказанной государственной услуги, услугополучатель обращается с жалобой в уполномоченный орган по оценке и контролю за качеством оказания государственных услуг.

Жалоба услугополучателя, поступившая в адрес уполномоченного органа по оценке и контролю за качеством оказания государственных услуг, рассматривается в течение пятнадцати рабочих дней со дня ее регистрации.

11. В случаях несогласия с результатами оказанной государственной услуги, услугополучатель обращается в суд в установленном законодательством порядке.

#### **4. Иные требования с учетом особенностей оказания государственной услуги, в том числе оказываемой в электронной форме**

12. В помещениях услугодателя предусмотрены условия для обслуживания услугополучателей с ограниченными возможностями (пандусы и лифты).

13. Адрес места оказания государственной услуги размещен на интернет-ресурсе Министерства-[www.mzsr.gov.kz](http://www.mzsr.gov.kz).

14. Услугополучатель получает государственную услугу в электронной форме через портал при условии наличия ЭЦП.

15. Услугополучатель получает информацию о порядке и статусе оказания государственной услуги в режиме удаленного доступа посредством "личного кабинета" портала, а также единого контакт-центра по вопросам оказания государственных услуг.

16. Контактные телефоны справочных служб по вопросам оказания государственной услуги размещены на интернет – ресурсе Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан: [www.mzsr.gov.kz](http://www.mzsr.gov.kz). единый контакт-центр по вопросам оказания государственных услуг: 1414, 8-800-080-7777.

|  |                                                                                                                                                                                          |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Приложение 1<br>к стандарту государственной<br>услуги "Аккредитация<br>физических лиц на право<br>проведения независимой<br>экспертной оценки деятельности<br>субъектов здравоохранения" |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

форма

Герб Республики Казахстан

Министерство здравоохранения и социального развития

Республики Казахстан

Комитет контроля медицинской и фармацевтической деятельности

Свидетельство об аккредитации физических лиц на право

проведения независимой экспертной оценки деятельности субъектов

здравоохранения

Выдано \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при его наличии) физического лица, адрес  
проживания)

На основании Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009

года "О здоровье народа и системе здравоохранения" и решения

аккредитационной комиссии (приказ от "\_\_" \_\_\_\_ 20 года №\_\_)

аккредитован на право проведения независимой экспертизы деятельности

субъектов здравоохранения \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(область аккредитации)

признается аккредитованным сроком на 5 лет.

Руководитель \_\_\_\_\_

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

Дата выдачи свидетельства "\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Регистрационный № \_\_\_\_\_

Город \_\_\_\_\_

|  |                                                                                                                                                                                          |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Приложение 2<br>к стандарту государственной<br>услуги "Аккредитация<br>физических лиц на право<br>проведения независимой<br>экспертной оценки деятельности<br>субъектов здравоохранения" |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

форма

В \_\_\_\_\_

(полное наименование органа по аккредитации

в области здравоохранения)

от \_\_\_\_\_

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

физического лица)

Заявление

об аккредитации

Прошу аккредитовать для проведения независимой экспертной

оценки субъектов здравоохранения по специальности

\_\_\_\_\_

(указать вид)

Сведения о физическом лице:

1. Год рождения \_\_\_\_\_

2. Паспортные данные \_\_\_\_\_

(серия, №, ИИН, кем и когда выдан)

3. Образование \_\_\_\_\_

(при наличии специальности, № диплома (иного документа),

\_\_\_\_\_

(наименование учебного заведения, год окончания)

4. Сведения о наличии квалификационной категории специалиста \_\_\_\_\_

(первая или высшая, специальность, дата выдачи сертификата,

регистрационный номер, серийный номер, номер приказа, НИКАД при его

наличии)

5. Домашний адрес, контактные телефоны \_\_\_\_\_

6. Место работы \_\_\_\_\_

7. Прилагаемые документы: \_\_\_\_\_

Настоящим даю согласие на использование сведений, содержащихся

в информационных ресурсах.

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

|  |                                                                                                                                         |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Приложение 5<br>к приказу Министра<br>здравоохранения и<br>социального развития<br>Республики Казахстан<br>от 28 апреля 2015 года № 294 |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Стандарт государственной услуги**  
**"Выдача лицензии на медицинскую деятельность"**

**1. Общие положения**

1. Государственная услуга "Выдача лицензии на медицинскую деятельность" (далее – государственная услуга).

2. Стандарт государственной услуги разработан Министерством здравоохранения и социального развития Республики Казахстан (далее – Министерство)

3. Государственная услуга оказывается местными исполнительными органами областей, городов республиканского значения и столицы (далее – услугодатель).

Прием заявления и выдача результата оказанной государственной услуги осуществляются через :

1) канцелярию услугодателя;

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

3) веб-портал "электронного правительства" [www.egov.kz](http://www.egov.kz), [www.elicense.kz](http://www.elicense.kz) (далее – портал)

Сноска. Пункт 3 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 27.01.2016 № 55 (порядок введения в действие см. п. 4).

## **2. Порядок оказания государственной услуги**

4. Сроки оказания государственной услуги:

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

при выдаче лицензии и (или) приложения к лицензии – 15 (пятнадцать) 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.

Услугодатель в течение двух рабочих дней с момента получения документов услугополучателя проверяет на полноту представленных документов.

В случаях установления факта неполноты представленных документов согласно перечню, предусмотренному пунктом 9 настоящего стандарта государственной услуги, и (или) документов с истекшим сроком действия услугодатель в указанные сроки дает письменный мотивированный ответ о прекращении рассмотрения заявления;

2) максимально допустимое время ожидания для сдачи пакета документов – 15 (пятнадцать) минут;

3) максимально допустимое время обслуживания – 15 (пятнадцать) минут.

Сноска. Пункт 4 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 30.09.2016 № 831 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

5. Форма оказания государственной услуги: электронная (частично автоматизированная) и (или) бумажная.

6. 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 в случаях и по основаниям, предусмотренным пунктом 10 настоящего стандарта государственной услуги.

Форма предоставления результата оказания государственной услуги электронная.

В случае обращения услугополучателя за получением лицензии и (или) приложения к лицензии на бумажном носителе лицензия и (или) приложение к лицензии оформляются в электронной форме, распечатываются и заверяются печатью услугодателя и подписью руководителя услугодателя.

При обращении услугополучателя через портал результат государственной услуги направляется услугополучателю в "личный кабинет" в форме электронного документа, удостоверенного электронной цифровой подписью (далее – ЭЦП) уполномоченного лица услугодателя.

7. Государственная услуга оказывается платно физическим и юридическим лицам (далее – услугополучатель).

За оказание государственной услуги взимается лицензионный сбор за право занятия отдельными видами деятельности, который в соответствии с Кодексом Республики Казахстан "О налогах и других обязательных платежах в бюджет (Налоговый кодекс)" составляет:

- 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.

Оплата лицензионного сбора осуществляется в наличной и безналичной формах через банки второго уровня и организации, осуществляющие отдельные виды банковских операций.

В случае подачи электронного запроса на получение государственной услуги через портал, оплата может осуществляться через платежный шлюз "электронного правительства" (далее – ПШЭП).

8. График работы:

1) услугодателя – 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 согласно Трудовому кодексу Республики Казахстан.

Прием заявления и выдача результата оказания государственной услуги осуществляется с 9-00 часов до 17-30 часов с перерывом на обед с 13-00 часов до 14-30 часов.

Государственная услуга оказывается в порядке очереди, без предварительной записи и ускоренного обслуживания.

2) Государственной корпорации – 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 дней согласно Трудовому кодексу Республики Казахстан.

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

3) портала – круглосуточно (за исключением технических перерывов в связи с проведением ремонтных работ (при обращении услугополучателя после окончания рабочего времени, в выходные и праздничные дни согласно Трудовому Кодексу Республики Казахстан, прием заявления и выдача результата оказания государственной услуги осуществляется следующим рабочим днем).

Сноска. Пункт 8 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 27.01.2016 № 55 (порядок введения в действие см. п. 4).

9. Перечень документов, необходимых для оказания государственной услуги при обращении услугополучателя (либо его представителя по доверенности):

к услугодателю:

1) для получения лицензии:

заявление по форме, согласно приложениям 1 или 2 к настоящему стандарту государственной услуги;

документ, удостоверяющий личность – для физического лица (требуется для идентификации личности);

копия документа, подтверждающего уплату в бюджет лицензионного сбора за право занятия отдельными видами деятельности;

форма сведений, о соответствии квалификационным требованиям, согласно приложению 5 к настоящему стандарту государственной услуги;

копия документа, удостоверяющего право собственности, аренды или доверительного управления государственным имуществом на помещение или здание (нотариально засвидетельствованные в случае непредставления оригинала для сверки);

копия диплома о высшем или среднем медицинском образовании (нотариально засвидетельствованные в случае непредставления оригинала для сверки);

копии удостоверений о прохождении переподготовки или свидетельств о прохождении повышения квалификации (нотариально засвидетельствованные в случае непредставления оригинала для сверки);

копия документа, подтверждающего трудовую деятельность работника, согласно заявляемым подвидам деятельности в соответствии со статьей 35 Трудового кодекса Республики Казахстан (нотариально засвидетельствованные в случае непредставления оригинала для сверки);

2) для получения приложения к лицензии:

заявление по форме, согласно приложениям 1 или 2 к настоящему стандарту государственной услуги;

форма сведений, о соответствии квалификационным требованиям, согласно приложению 5 к настоящему стандарту государственной услуги;

копия документа, удостоверяющего право собственности, аренды или доверительного управления государственным имуществом на помещение или здание (нотариально засвидетельствованные в случае непредставления оригинала для сверки);

копия диплома о высшем или среднем медицинском образовании (нотариально засвидетельствованные в случае непредставления оригинала для сверки);

копии удостоверений о прохождении переподготовки или свидетельств о прохождении повышения квалификации (в случае непредставления оригинала для сверки);

копия документа, подтверждающего трудовую деятельность работника, согласно заявляемым подвидам деятельности в соответствии со статьей 35 Трудового кодекса Республики Казахстан (нотариально засвидетельствованные в случае непредставления оригинала для сверки);

3) для переоформления лицензии и (или) приложения к лицензии:

заявление установленной формы, согласно приложениям 3 или 4 к настоящему стандарту государственной услуги;

документ, подтверждающий уплату лицензионного сбора, 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;

4) для получения дубликата лицензии и (или) приложения к лицензии:

заявление установленной формы, согласно приложению 6 или 7 к настоящему стандарту государственной услуги;

документ, подтверждающего уплату в бюджет лицензионного сбора за право занятия отдельными видами деятельности;

в Государственную корпорацию:

1) для получения лицензии:

заявление по форме, согласно приложениям 1 или 2 к настоящему стандарту государственной услуги;

документ, удостоверяющий личность – для физического лица (требуется для идентификации личности);

документ, подтверждающий уплату в бюджет лицензионного сбора за право занятия отдельными видами деятельности;

форма сведений, о соответствии квалификационным требованиям, согласно приложению 5 к настоящему стандарту государственной услуги;

документ, удостоверяющий право собственности, аренды или доверительного управления государственным имуществом на помещение или здание (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);

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) для получения приложения к лицензии:

заявление по форме, согласно приложениям 1 или 2 к настоящему стандарту государственной услуги;

форма сведений, о соответствии квалификационным требованиям, согласно приложению 5 к настоящему стандарту государственной услуги;

документ, удостоверяющий право собственности, аренды или доверительного управления государственным имуществом на помещение или здание (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);

документ, подтверждающий трудовую деятельность работника, согласно заявляемым подвидам деятельности в соответствии со статьей 35 Трудового кодекса Республики Казахстан (нотариально засвидетельствованного в случае непредставления оригинала);

3) при переоформлении лицензии и (или) приложения к лицензии:

заявление установленной формы, согласно приложениям 3 или 4 к настоящему стандарту государственной услуги;

документ, подтверждающий уплату лицензионного сбора, 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;

4) для получения дубликата лицензии и (или) приложения к лицензии:

заявление установленной формы, согласно приложению 6 или 7 к настоящему стандарту государственной услуги;

документ, подтверждающий уплату в бюджет лицензионного сбора за право занятия отдельными видами деятельности;

на портал:

1) для получения лицензии:

запрос в форме электронного документа, удостоверенного ЭЦП услугополучателя;

электронная копия документа, подтверждающего уплату в бюджет лицензионного сбора, за исключением оплаты через ПШЭП;

форма сведений, о соответствии квалификационным требованиям, согласно приложению 5 к настоящему стандарту государственной услуги;

электронная копия документа, удостоверяющего право собственности или аренды или доверительного управления государственным имуществом на помещение или здание;

электронная копия диплома о высшем или среднем медицинском образовании;

электронные копии удостоверений о прохождении переподготовки или свидетельств о прохождении повышения квалификации;

электронная копия документа, подтверждающего трудовую деятельность работника, согласно заявляемым подвидам деятельности в соответствии со статьей 35 Трудового кодекса Республики Казахстан;

## 2) для получения приложения к лицензии:

запрос в форме электронного документа, удостоверенного ЭЦП услугополучателя;

форма сведений, о соответствии квалификационным требованиям, согласно приложению 5 к настоящему стандарту государственной услуги;

электронная копия документа, удостоверяющего право собственности, аренды или доверительного управления государственным имуществом на помещение или здание;

электронная копия диплома о высшем или среднем медицинском образовании;

электронные копии удостоверений о прохождении переподготовки или свидетельств о прохождении повышения квалификации;

электронная копия документа, подтверждающего трудовую деятельность работника, согласно заявляемым подвидам деятельности в соответствии со статьей 35 Трудового кодекса Республики Казахстан;

## 3) для переоформления лицензии:

запрос в форме электронного документа, удостоверенного ЭЦП услугополучателя;

электронная копия документа, подтверждающего уплату лицензионного сбора, 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;

4) для получения дубликата лицензии и (или) приложения к лицензии:

запрос в форме электронного документа, удостоверенного ЭЦП услугополучателя;

документ, подтверждающий уплату в бюджет лицензионного сбора за право занятия отдельными видами деятельности.

Услугополучатель при получении переоформленной лицензии возвращает услугодателю ранее выданную на бумажном носителе лицензию и (или) приложение к лицензии.

Сведения о документах, удостоверяющих личность, о государственной регистрации (перерегистрации) юридического лица, государственной регистрации услугополучателя в качестве индивидуального предпринимателя, о лицензии, об оплате суммы лицензионного сбора (в случае оплаты через ПШЭП), о регистрации объекта недвижимости являющиеся государственными информационными ресурсами, услугодатель и работник Государственной корпорации получает из соответствующих государственных информационных систем через шлюз "электронного правительства".

Услугополучатель дает письменное согласие на использование сведений, составляющих охраняемую законом тайну, содержащихся в информационных системах, если иное не предусмотрено законами Республики Казахстан.

При приеме документов работник Государственной корпорации воспроизводит электронные копии документов, после чего возвращает оригиналы услугополучателю.

При сдаче документов:

услугодателю (нарочно либо посредством почтовой связи) - подтверждением принятия заявления на бумажном носителе является отметка на его копии о регистрации в канцелярии экспертной организации с указанием даты и времени пакета 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.

В Государственной корпорации выдача готовых документов осуществляется на основании расписки, при предъявлении удостоверения личности (либо его представителя по нотариально заверенной доверенности).

Государственная корпорация обеспечивает хранение результата в течение одного месяца, после чего передает их услугодателю для дальнейшего хранения. При обращении услугополучателя по истечении одного месяца, по запросу Государственной корпорации услугодатель в течение одного рабочего дня направляет готовые документы в Государственную корпорацию для выдачи услугополучателю.

**Сноска. Пункт 9 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 27.01.2016 № 55 (порядок введения в действие см. п. 4).**

10. Основания для отказа в оказании государственной услуги:

1) занятие видом деятельности, запрещенным законами Республики Казахстан для данной категории субъектов;

2) не внесен лицензионный сбор за право занятия отдельными видами деятельности в случае подачи заявления на выдачу лицензии на вид деятельности;

3) услугополучатель не соответствует квалификационным требованиям;

4) лицензиаром получен ответ от соответствующего согласующего государственного органа о несоответствии заявителя предъявляемым при лицензировании требованиям;

5) в отношении услугополучателя имеется вступивший в законную силу приговор суда, запрещающий ему заниматься отдельным видом деятельности;

6) судом на основании представления судебного исполнителя запрещено услугополучателю получать лицензии.

В случае предоставления услугополучателем неполного пакета документов, согласно перечню, предусмотренному пунктом 9 настоящего стандарта государственной услуги, работник Государственной корпорации отказывает в приеме заявления и выдает расписку по форме, согласно приложению 8 к настоящему стандарту государственной услуги.

**Сноска. Пункт 10 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 27.01.2016 № 55 (порядок введения в действие см. п. 4).**

**3. Порядок обжалования решений, действий (бездействия) услугодателя и (или) их должностных лиц, Государственной корпорации и (или) их работников по вопросам оказания государственной услуги**

**Сноска. Наименование главы 3 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 27.01.2016 № 55 (порядок введения в действие см. п. 4).**

11. Обжалование решений, действий (бездействий) Министерства, услугодателя и (или) его должностных лиц по вопросам оказания государственных услуг: жалоба подается на имя руководителя услугодателя или Министерства по адресам, указанным в пункте 13 настоящего стандарта государственной услуги.

Жалоба по вопросам оказания государственных услуг подается в письменной форме по почте или в электронном виде, либо нарочно через канцелярию услугодателя или Министерства.

В жалобе услугополучателем указывается его фамилия, имя, отчество (при его наличии), почтовый адрес, исходящий номер, дата и подписывается услугополучателем.

Подтверждением принятия жалобы в канцелярии услугодателя, Министерства является ее регистрация (штамп, входящий номер и дата регистрации проставляется на втором экземпляре жалобы или в сопроводительном письме к жалобе).

В случае некорректного обслуживания работником Государственной корпорации, жалоба подается на имя руководителя Государственной корпорации.

Подтверждением принятия жалобы в Государственной корпорации, поступившей как нарочно, так и почтой, является ее регистрация (штамп, входящий номер и дата регистрации проставляются на втором экземпляре жалобы или сопроводительном письме к жалобе).

При обращении через портал информацию о порядке обжалования можно получить по телефону Единого контакт-центра государственной услуги 1414.

При отправке жалобы через портал услугополучателю из "личного кабинета" доступна информация об обращении, которая обновляется в ходе обработки обращения услугодателем (отметки о доставке, регистрации, исполнении, ответ о рассмотрении или отказе в рассмотрении).

В жалобе:

- 1) физического лица - указываются его фамилия, имя, отчество (при его наличии), почтовый адрес;
- 2) юридического лица - его наименование, почтовый адрес, исходящий номер и дата.

Жалоба услугополучателя, поступившая в адрес уполномоченного органа по оценке и контролю за качеством оказания государственных услуг, подлежит рассмотрению в течение пятнадцати рабочих дней со дня ее регистрации.

Сноска. Пункт 11 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 27.01.2016 № 55 (порядок введения в действие см. п. 4).

12. В случаях несогласия с результатами оказанной государственной услуги, услугополучатель обращается в суд в установленном законодательством Республики Казахстан порядке

.

**4. Иные требования с учетом особенностей оказания государственной услуги, в том числе оказываемой через Государственную корпорацию**

Сноска. Наименование главы 4 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 27.01.2016 № 55 (порядок введения в действие см. п. 4).

13. В помещениях услугодателя и Государственной корпорации предусмотрены условия для обслуживания услугополучателей с ограниченными возможностями (пандусы и лифты).

Сноска. Пункт 13 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 27.01.2016 № 55 (порядок введения в действие см. п. 4).

14. Адреса мест оказания государственной услуги размещены на интернет-ресурсах:

1) услугодателя – [www.mzsr.gov.kz](http://www.mzsr.gov.kz), раздел "Государственные услуги";

2) Государственной корпорации – [www.con.gov.kz](http://www.con.gov.kz).

Сноска. Пункт 14 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 27.01.2016 № 55 (порядок введения в действие см. п. 4).

15. Услугополучатель получает государственную услугу в электронной форме через портал при условии наличия ЭЦП.

16. Услугополучатель получает информацию о порядке и статусе оказания государственной услуги в режиме удаленного доступа посредством "личного кабинета" портала, а также единого контакт-центра по вопросам оказания государственных услуг.

17. Контактные телефоны справочных служб по вопросам оказания государственной услуги размещены на интернет-ресурсе Министерства, единый контакт-центр по вопросам оказания государственных услуг 8-800-080-7777, 1414.

|  |                                                                                                           |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Приложение 1<br>к стандарту государственной<br>услуги<br>"Выдача лицензии на медицинскую<br>деятельность" |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|

форма

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

В \_\_\_\_\_

(полное наименование лицензиара)

от \_\_\_\_\_

(фамилия имя отчество (в случае наличия) 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)

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:

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).

Физическое лицо \_\_\_\_\_

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

Место печати (в случае наличия) Дата заполнения: "\_\_\_"\_\_\_\_ 20\_\_ года

|  |                                                                                                           |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Приложение 2<br>к стандарту государственной<br>услуги<br>"Выдача лицензии на медицинскую<br>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(ов)

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:

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 \_\_\_\_\_

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

Место печати Дата заполнения: " \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

|  |                                                                                                           |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Приложение 3<br>к стандарту государственной<br>услуги<br>"Выдача лицензии на медицинскую<br>деятельность" |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|

форма

**Заявление  
физического лица для переоформления лицензии и  
(или) приложения к лицензии**

В \_\_\_\_\_

(полное наименование лицензиара)

от \_\_\_\_\_

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

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:

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).

Физическое лицо \_\_\_\_\_

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

Место печати (в случае наличия) Дата заполнения: " \_\_ " \_\_\_\_ 20\_\_ года

|  |                                                                                                           |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Приложение 4<br>к стандарту государственной<br>услуги<br>"Выдача лицензии на медицинскую<br>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(я) 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) реорганизация юридического лица-лицензиата в соответствии с

порядком, определенным статьей 34 Закона Республики Казахстан "О

разрешениях и уведомлениях" 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 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 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:

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 \_\_\_\_\_

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

Место печати Дата заполнения: "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

|  |                                                                                                           |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Приложение 5<br>к стандарту государственной<br>услуги<br>"Выдача лицензии на медицинскую<br>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 помещения (здания):

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 медицинской деятельности:

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

3. 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) \_\_\_\_\_

4. Специализации или усовершенствования и других видов

повышения квалификации 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 работниках:

Сведения о медицинских работниках медицинских организаций

(для юридического лица)

\_\_\_\_\_

(наименование субъекта здравоохранения)

(по состоянию на "\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года)

| №<br>п<br>/<br>п | Фамилия | Имя | Отчество | Занимаемая<br>должность | Образование | Стаж по<br>специальности | Номер, серия<br>диплома<br>Специальность<br>и<br>квалификация<br>по диплому | Полное<br>наименование<br>организации<br>образования<br>Год<br>поступления<br>Год<br>окончания | Свидетельств<br>о<br>нострификаци<br>диплома (при<br>необходимости<br>) |
|------------------|---------|-----|----------|-------------------------|-------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
|                  |         |     |          |                         |             |                          |                                                                             |                                                                                                |                                                                         |

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 6<br>к стандарту государственной<br>услуги<br>"Выдача лицензии на медицинскую<br>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 идентификационный номер)

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, номер дома/здания)

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, 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)

Место печати (в случае наличия) Дата заполнения: "\_\_\_" \_\_\_\_ 20\_\_ года.

|  |                                                                                                           |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Приложение 7<br>к стандарту государственной<br>услуги<br>"Выдача лицензии на медицинскую<br>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, номер 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, 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 (в случае наличия)

Место печати (в случае наличия)

Дата заполнения: "\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

Сноска. Приложение 8 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 27.01.2016 № 55 (порядок введения в действие см. п. 4).

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 со стандартом государственной услуги) ввиду представления Вами неполного пакета документов согласно перечню, предусмотренному стандартом государственной услуги, 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 6<br>к приказу Министра<br>здравоохранения и<br>социального развития<br>Республики Казахстан<br>от 28 апреля 2015 года № 294 |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Стандарт государственной услуги  
"Аттестация судебно-психиатрических и  
судебно-наркологических экспертов"**

**1. Общие положения**

1. Государственная услуга "Аттестация судебно-психиатрических и судебно-наркологических экспертов" (далее – государственная услуга).

2. Стандарт государственной услуги разработан Министерством здравоохранения и социального развития Республики Казахстан (далее – Министерство).

3. Государственная услуга оказывается Комитетом контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства и его территориальными подразделениями (далее – услугодатель).

Прием заявления на получение государственной услуги осуществляется через:

1) канцелярию услугодателя - территориальные подразделения Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства;

2) веб-портал "электронного правительства" [www.egov.kz](http://www.egov.kz), [www.elicense.kz](http://www.elicense.kz) (далее - портал).

Выдача результата оказания государственной услуги осуществляется через портал.

**2. Порядок оказания государственной услуги**

4. Срок оказания государственной услуги:

1) с момента сдачи пакета документов услугодателю, а также при обращении на портал – 10 (десять) рабочих дней;

Услугодатель в течение двух рабочих дней с момента получения документов услугополучателя проверяет на полноту представленных документов.

В случае установления факта неполноты представленных документов услугодатель в указанные сроки дает письменный мотивированный ответ о прекращении рассмотрения заявления.

2) максимально допустимое время ожидания для сдачи пакета документов – 15 (пятнадцать) минут;

3) максимально допустимое время обслуживания – 15 (пятнадцать) минут.

5. Форма оказания государственной услуги: электронная (частично автоматизированная) и (или) бумажная.

6. Результат оказания государственной услуги – аттестационное свидетельство по форме согласно приложению 1 к настоящему стандарту государственной услуги. Аттестационное свидетельство выдается сроком на 5 лет, при положительном прохождении тестирования и собеседования.

Форма предоставления результата оказания государственной услуги: электронная.

В случае обращения услугополучателя за получением сертификата специалиста на бумажном носителе, аттестационное свидетельство оформляется в электронной форме, распечатывается и заверяется печатью и подписью руководителя услугодателя.

При обращении услугополучателя через портал результат государственной услуги направляется услугополучателю в "личный кабинет" в форме электронного документа, удостоверенного электронной цифровой подписью (далее – ЭЦП) уполномоченного лица Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства.

7. Государственная услуга оказывается бесплатно, физическим лицам (далее – услугополучатель).

8. График работы:

1) услугодателя – 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 согласно Трудовому кодексу Республики Казахстан.

Прием заявления и выдача результата оказания государственной услуги осуществляется с 9.00 часов до 17.30 часов с перерывом на обед с 13.00 часов до 14.30 часов.

Государственная услуга оказывается в соответствии с графиком проведения аттестации судебно-психиатрических и судебно-наркологических экспертов, в порядке очереди, без предварительной записи и ускоренного обслуживания;

2) портала – круглосуточно, за исключением технических перерывов в связи с проведением ремонтных работ (при обращении услугополучателя после окончания рабочего времени в выходные и праздничные дни согласно Трудовому кодексу Республики Казахстан прием заявления и выдача результата оказания государственной услуги осуществляется следующим рабочим днем).

9. Перечень документов, необходимых для оказания государственной услуги при обращении услугополучателя (либо его представителя по доверенности):

1) к услугодателю:

заявление по форме согласно приложению 2 к настоящему стандарту государственной услуги;

форма сведений согласно приложению 3 к настоящему стандарту государственной услуги;

справки из психиатрического и наркологического диспансеров о том, что услугополучатель не состоит на учете, выданные не позднее месячного срока на момент представления документов;

2) на портал:

заявление в форме электронного документа, удостоверенного ЭЦП услугополучателя согласно приложению 2 к настоящему стандарту государственной услуги;

форма сведений согласно приложению 3 к настоящему стандарту государственной услуги;

электронная копия справки из психиатрического и наркологического диспансеров о том, что услугополучатель не состоит на учете, выданные не позднее месячного срока на момент представления документов.

Сведения документа, удостоверяющего личность услугополучателя, являющиеся государственными электронными информационными ресурсами, услугодатель получает из соответствующих государственных информационных систем через шлюз "электронного правительства".

При подаче услугополучателем всех необходимых документов:

через канцелярию услугодателя выдается расписка (уведомление) о приеме соответствующих документов.

через портал – в "личном кабинете" услугополучателя отображается статус о принятии запроса для оказания государственной услуги с указанием даты, времени и места прохождения тестирования и собеседования (в случае его допуска по результатам проверки документов к тестированию и по результатам тестирования к собеседованию).

### **3. Порядок обжалования решений, действий (бездействия) услугодателя и (или) их должностных лиц по вопросам оказания государственной услуги**

10. Обжалование решений, действий (бездействий) Министерства, услугодателя и (или) его должностных лиц по вопросам оказания государственных услуг: жалоба подается на имя руководителя услугодателя или Министерства по адресам, указанным в пункте 13 настоящего стандарта государственной услуги.

Жалоба по вопросам оказания государственных услуг подается в письменной форме по почте или в электронном виде, либо нарочно через канцелярию услугодателя или Министерства.

В жалобе услугополучателем указывается его фамилия, имя, отчество (при его наличии), почтовый адрес, исходящий номер, дата и подписывается услугополучателем.

Подтверждением принятия жалобы является регистрация (штамп, входящий номер и дата) в канцелярии услугодателя с выдачей талона, в котором указываются номер, дата, фамилия, имя, отчество (при его наличии) лица, принявшего жалобу, с указанием контактных данных, а также срока и места получения ответа, контактных данных должностных лиц, у которых можно узнать о ходе рассмотрения жалобы.

При обращении через портал информация о порядке обжалования доступна по телефону единого контакт-центра: 8-800-080-7777 или 1414.

При отправке жалобы через портал услугополучателю из "личного кабинета" доступна информация об обращении, которая обновляется в ходе обработки обращения услугодателем (отметки о доставке, регистрации, исполнении, ответ о рассмотрении или отказе в рассмотрении).

Жалоба услугополучателя, поступившая в адрес услугодателя или Министерства, подлежит рассмотрению в течении пяти рабочих дней со дня ее регистрации. Результат рассмотрения жалобы направляется услугополучателю посредством почтовой связи либо выдается нарочно в канцелярии услугодателя или Министерства.

В случае несогласия с результатами оказанной государственной услуги, услугополучатель обращается с жалобой в уполномоченный орган по оценке и контролю за качеством оказания государственных услуг.

Жалоба услугополучателя, поступившая в адрес уполномоченного органа по оценке и контролю за качеством оказания государственных услуг, рассматривается в течение пятнадцати рабочих дней со дня ее регистрации.

11. В случаях несогласия с результатами оказанной государственной услуги, услугополучатель обращается в суд в установленном законодательством порядке.

**4. Иные требования с учетом особенностей оказания государственной услуги, в том числе оказываемой в электронной форме**

12. В помещениях услугодателя предусмотрены условия для обслуживания услугополучателей с ограниченными возможностями (пандусы и лифты).

13. Адреса мест оказания государственной услуги размещены на интернет-ресурсе Министерства - [www.mzsr.gov.kz](http://www.mzsr.gov.kz).

14. Услугополучатель имеет возможность получения государственной услуги в электронной форме через портал при условии наличия ЭЦП.

15. Услугополучатель имеет возможность получения информации о порядке, статусе оказания государственной услуги в режиме удаленного доступа посредством "личного кабинета" портала, а также единого контакт-центра по вопросам оказания государственных услуг.

16. Контактные телефоны справочных служб по вопросам оказания государственной услуги размещены на интернет-ресурсе Министерства, единый контакт-центр по вопросам оказания государственной услуги: 8-800-080-7777, 1414.

|  |                                                                                                                                         |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Приложение 1<br>к стандарту государственной услуги<br>"Аттестация<br>судебно-психиатрических<br>и судебно-наркологических<br>экспертов" |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

форма

Аттестационное свидетельство

\_\_\_\_\_

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

действительно аттестован (а) по специальности \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Приказ руководителя государственного органа, вынесшего решение

от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года № \_\_\_\_

Регистрационный № \_\_\_\_\_

Дата выдачи " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года

Свидетельство действительно до " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года

Подпись руководителя государственного органа, вынесшего решение о его

выдаче \_\_\_\_\_

|  |                                                                                                                                         |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Приложение 2<br>к стандарту государственной услуги<br>"Аттестация<br>судебно-психиатрических<br>и судебно-наркологических<br>экспертов" |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

форма

Руководителю

государственного органа

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(государственный орган)

от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество

(при его наличии), ИИН)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас допустить меня к аттестации по специальности \_\_\_\_\_

стаж работы по

специальности\_\_\_\_\_

Настоящим даю согласие на использование сведений, содержащихся

в информационных ресурсах.

\_\_\_\_\_  
(дата заполнения)

\_\_\_\_\_  
(подпись услугополучателя)

|  |                                                                                                                                         |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Приложение 3<br>к стандарту государственной услуги<br>"Аттестация<br>судебно-психиатрических<br>и судебно-наркологических<br>экспертов" |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### ФОРМА СВЕДЕНИЙ

##### Общие сведения

1. Ученая степень, звание\_\_\_\_\_

2. Научные труды и изобретения\_\_\_\_\_

3. Количество проведенных экспертиз за последние пять лет\_\_\_\_\_

##### Диплом о высшем профессиональном образовании

4. Образование\_\_\_\_\_

5. Номер диплома\_\_\_\_\_

6. Серия диплома\_\_\_\_\_

7. Страна обучения претендента\_\_\_\_\_

8. Год поступления\_\_\_\_\_

9. Год окончания\_\_\_\_\_

10. Специальность по диплому\_\_\_\_\_

11. Квалификация по диплому\_\_\_\_\_

12. Нострификация диплома (при необходимости)\_\_\_\_\_

Сведения о свидетельстве повышения квалификации

13. Номер свидетельства о повышении квалификации по заявляемой  
специальности\_\_\_\_\_

14. Специальность по повышению квалификации\_\_\_\_\_

15. Наименование цикла\_\_\_\_\_

16. Название обучающей организации\_\_\_\_\_

17. Начало обучения\_\_\_\_\_

18. Окончание обучения\_\_\_\_\_

19. Объем обучения в часах\_\_\_\_\_

20. Дата выдачи свидетельства\_\_\_\_\_

Сведения о квалификационном свидетельстве на право производства

судебной экспертизы

21. Дата выдачи\_\_\_\_\_

22. Номер НИКАД/регистрационный номер\_\_\_\_\_

23. Номер приказа\_\_\_\_\_

24. Дата издания приказа\_\_\_\_\_

25. Орган выдавший\_\_\_\_\_

26. Срок действия свидетельства\_\_\_\_\_

27. Специальность\_\_\_\_\_

Сведения действующего сертификата специалиста на право занятия

медицинской деятельностью

28. Дата выдачи\_\_\_\_\_

29. Номер НИКАД/регистрационный номер\_\_\_\_\_

30. Номер приказа\_\_\_\_\_

31. Дата издания приказа\_\_\_\_\_

32. Орган выдавший\_\_\_\_\_

33. Срок действия сертификата\_\_\_\_\_

34. Специальность\_\_\_\_\_

Сведения о настоящем месте работы

35. Стаж работы по заявляемой специальности\_\_\_\_\_

36. Общий медицинский стаж\_\_\_\_\_

37. Место работы в настоящее время\_\_\_\_\_

38. Занимаемая должность\_\_\_\_\_

39. Дата назначения на данную должность\_\_\_\_\_

Сведения о трудовой деятельности по заявляемой специальности

| Дата назначения | Дата увольнения | Место работы | Занимаемая должность | Сведения о работе | № приказа | Дата издания приказа |
|-----------------|-----------------|--------------|----------------------|-------------------|-----------|----------------------|
|                 |                 |              |                      |                   |           |                      |
|                 |                 |              |                      |                   |           |                      |

Сведения о дисциплинарных, административных взысканиях,

поощрениях (за последние 5 лет)

40. Сведения о наличии дисциплинарных взысканий (нужное

подчеркнуть)

1) Замечание

2) Выговор

3) Строгий выговор

4) Расторжение трудового договора

41. Сведения о наличии административных взысканий,

предусмотренных следующими статьями Кодекса об административных

правонарушениях Республики Казахстан (нужное подчеркнуть):

Статья 85

Статья 85-1

Статья 85-2

Статья 85-3

Статья 322

Статья 357-2

43. Поощрения

|  |                                                                                                                                         |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Приложение 7<br>к приказу Министра<br>здравоохранения и<br>социального развития<br>Республики Казахстан<br>от 28 апреля 2015 года № 294 |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Стандарт государственной услуги  
"Присвоение квалификации на право производства  
определенного вида судебно-психиатрической и  
судебно-наркологической экспертиз"**

**1. Общие положения**

1. Государственная услуга "Присвоение квалификации на право производства определенного вида судебно-психиатрической и судебно-наркологической экспертиз" (далее – государственная услуга).

2. Стандарт государственной услуги разработан Министерством здравоохранения и социального развития Республики Казахстан (далее – Министерство).

3. Государственная услуга оказывается Комитетом контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства и его территориальными подразделениями (далее – услугодатель).

Прием заявления на получение государственной услуги осуществляется через:

1) канцелярию услугодателя - территориальные подразделения Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства;

2) веб-портал "электронного правительства" [www.egov.kz](http://www.egov.kz), [www.elicense.kz](http://www.elicense.kz) (далее - портал).

Выдача результата оказания государственной услуги осуществляется через портал.

**2. Порядок оказания государственной услуги**

4. Срок оказания государственной услуги:

1) с момента сдачи пакета документов услугодателю, а также при обращении на портал – 10 (десять) рабочих дней;

Услугодатель в течение двух рабочих дней с момента получения документов услугополучателя проверяет на полноту представленных документов.

В случае установления факта неполноты представленных документов услугодатель в указанные сроки дает письменный мотивированный ответ о прекращении рассмотрения заявления

2) максимально допустимое время ожидания для сдачи пакета документов – 15 (пятнадцать) минут;

3) максимально допустимое время обслуживания – 15 (пятнадцать) минут.

5. Форма оказания государственной услуги: электронная (частично автоматизированная) и (или) бумажная.

6. Результат оказания государственной услуги – квалификационное свидетельство на право производства определенного вида судебной экспертизы (далее – квалификационное свидетельство) по форме согласно приложению 1 к настоящему стандарту государственной услуги. Квалификационное свидетельство выдается при положительном прохождении тестирования и собеседования.

Форма предоставления результата оказания государственной услуги: электронная.

В случае обращения услугополучателя за получением сертификата специалиста на бумажном носителе, квалификационное свидетельство оформляется в электронной форме, распечатывается и заверяется печатью и подписью руководителя услугодателя.

При обращении услугополучателя через портал результат государственной услуги направляется услугополучателю в "личный кабинет" в форме электронного документа, удостоверенного электронной цифровой подписью (далее – ЭЦП) уполномоченного лица Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства.

7. Государственная услуга оказывается бесплатно, физическим лицам (далее – услугополучатель).

8. График работы:

1) услугодателя – 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 согласно Трудовому Кодексу Республики Казахстан.

Прием заявления и выдача результата оказания государственной услуги осуществляется с 9.00 часов до 17.30 часов с перерывом на обед с 13.00 часов до 14.30 часов.

Государственная услуга оказывается в соответствии с графиком проведения квалификационных экзаменов по присвоению квалификации на право производства определенного вида

судебно-психиатрической и судебно-наркологической экспертизы, в порядке очереди, без предварительной записи и ускоренного обслуживания;

2) портала – круглосуточно, за исключением технических перерывов в связи с проведением ремонтных работ (при обращении услугополучателя после окончания рабочего времени в выходные и праздничные дни согласно Трудовому кодексу Республики Казахстан прием заявления и выдача результата оказания государственной услуги осуществляется следующим рабочим днем).

9.Перечень документов, необходимых для оказания государственной услуги при обращении услугополучателя (либо его представителя по доверенности):

1) к услугодателю:

заявление по форме согласно приложению 2 к настоящему стандарту государственной услуги;

форма сведений согласно приложению 3 к настоящему стандарту государственной услуги;

справки из психиатрического и наркологического диспансеров о том, что услугополучатель не состоит на учете, выданные не позднее месячного срока на момент представления документов;

2) на портал:

заявление в форме электронного документа, удостоверенного ЭЦП услугополучателя согласно приложению 2 к настоящему стандарту государственной услуги;

форма сведений согласно приложению 3 к настоящему стандарту государственной услуги;

электронные копии справки из психиатрического и наркологического диспансеров о том, что услугополучатель не состоит на учете, выданные не позднее месячного срока на момент представления документов.

Сведения документа, удостоверяющего личность услугополучателя, являющиеся государственными электронными информационными ресурсами, услугодатель получает из соответствующих государственных информационных систем через шлюз "электронного правительства".

При подаче услугополучателем всех необходимых документов:

через канцелярию услугодателя выдается расписка (уведомление) о приеме соответствующих документов.

через портал – в "личном кабинете" услугополучателя отображается статус о принятии запроса для оказания государственной услуги с указанием даты, времени и места прохождения

тестирования и собеседования (в случае его допуска по результатам проверки документов к тестированию и по результатам тестирования к собеседованию).

### **3. Порядок обжалования решений, действий (бездействия) услугодателя и (или) их должностных лиц по вопросам оказания государственной услуги**

10. Обжалование решений, действий (бездействий) Министерства, услугодателя и (или) его должностных лиц по вопросам оказания государственных услуг: жалоба подается на имя руководителя услугодателя или Министерства по адресам, указанным в пункте 13 настоящего стандарта государственной услуги.

Жалоба по вопросам оказания государственных услуг подается в письменной форме по почте или в электронном виде, либо нарочно через канцелярию услугодателя или Министерства.

В жалобе услугополучателем указывается его фамилия, имя, отчество (при его наличии), почтовый адрес, исходящий номер, дата и подписывается услугополучателем.

Подтверждением принятия жалобы является регистрация (штамп, входящий номер и дата) в канцелярии услугодателя с выдачей талона, в котором указываются номер, дата, фамилия, имя, отчество (при его наличии) лица, принявшего жалобу, с указанием контактных данных, а также срока и места получения ответа, контактных данных должностных лиц, у которых можно узнать о ходе рассмотрения жалобы.

При обращении через портал информация о порядке обжалования доступна по телефону единого контакт-центра: 8-800-080-7777 или 1414.

При отправке жалобы через портал услугополучателю из "личного кабинета" доступна информация об обращении, которая обновляется в ходе обработки обращения услугодателем (отметки о доставке, регистрации, исполнении, ответ о рассмотрении или отказе в рассмотрении).

Жалоба услугополучателя, поступившая в адрес услугодателя или Министерства, подлежит рассмотрению в течении пяти рабочих дней со дня ее регистрации. Результат рассмотрения жалобы направляется услугополучателю посредством почтовой связи либо выдается нарочно в канцелярии услугодателя или Министерства.

В случае несогласия с результатами оказанной государственной услуги, услугополучатель обращается с жалобой в уполномоченный орган по оценке и контролю за качеством оказания государственных услуг.

Жалоба услугополучателя, поступившая в адрес уполномоченного органа по оценке и контролю за качеством оказания государственных услуг, рассматривается в течение пятнадцати рабочих дней со дня ее регистрации.

11. В случаях несогласия с результатами оказанной государственной услуги, услугополучатель обращается в суд в установленном законодательством порядке.

**4. Иные требования с учетом особенностей оказания государственной услуги, в том числе оказываемой в электронной форме**

12. В помещениях услугодателя предусмотрены условия для обслуживания услугополучателей с ограниченными возможностями (пандусы и лифты).

13. Адреса мест оказания государственной услуги размещены на интернет-ресурсе Министерства - [www.mzsr.gov.kz](http://www.mzsr.gov.kz).

14. Услугополучатель имеет возможность получения государственной услуги в электронной форме через портал при условии наличия ЭЦП.

15. Услугополучатель имеет возможность получения информации о порядке, статусе оказания государственной услуги в режиме удаленного доступа посредством "личного кабинета" портала, а также единого контакт-центра по вопросам оказания государственных услуг.

16. Контактные телефоны справочных служб по вопросам оказания государственной услуги размещены на интернет-ресурсе Министерства, единый контакт-центр по вопросам оказания государственной услуги: 8-800-080-7777, 1414.

|  |                                                                                                                                                                                                  |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Приложение 1<br>к стандарту государственной<br>услуги<br>"Присвоение квалификации на право<br>производства определенного вида<br>судебно-психиатрической и<br>судебно-наркологической экспертиз" |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

форма

Квалификационное свидетельство на право

производства определенного вида судебной экспертизы

\_\_\_\_\_

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

действительно получил (а) настоящее квалификационное свидетельство на

право производства по специальности \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Приказ руководителя государственного органа, вынесшего решение о его

выдаче от "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года № \_\_\_\_\_

Регистрационный № \_\_\_\_\_

Место выдачи \_\_\_\_\_

Дата выдачи "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Подпись руководителя государственного органа, вынесшего решение о его

выдаче \_\_\_\_\_

|  |                                                                                                                                                                                                  |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Приложение 2<br>к стандарту государственной<br>услуги<br>"Присвоение квалификации на право<br>производства определенного вида<br>судебно-психиатрической и<br>судебно-наркологической экспертиз" |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

форма

Руководителю

государственного органа

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(государственный орган)

от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество

(при его наличии)), ИИН)

## ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас допустить меня к квалификационному экзамену на право

производства судебной экспертизы по специальности

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

стаж работы по специальности \_\_\_\_\_

Настоящим даю согласие на использование сведений, содержащихся

в информационных ресурсах.

\_\_\_\_\_

(дата заполнения)

\_\_\_\_\_

(подпись услугополучателя)

|  |                                                                                                                                                                                                  |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Приложение 3<br>к стандарту государственной<br>услуги<br>"Присвоение квалификации на право<br>производства определенного вида<br>судебно-психиатрической и<br>судебно-наркологической экспертиз" |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## ФОРМА СВЕДЕНИЙ

12. Состояние о судимости (нужное подчеркнуть)

судимый, не судимый

Общие сведения

13. Наименование заявляемой специальности \_\_\_\_\_

14. В области\_\_\_\_\_

4. Образование \_\_\_\_\_

5. Номер диплома\_\_\_\_\_

6.Серия диплома\_\_\_\_\_

7. Страна обучения претендента\_\_\_\_\_

8. Полное наименование организации образования\_\_\_\_\_

9. Год поступления\_\_\_\_\_

10. Год окончания\_\_\_\_\_

11. Специальность по диплому\_\_\_\_\_

12. Квалификация по диплому\_\_\_\_\_

13. Нострификация диплома (при необходимости)\_\_\_\_\_

Сведения о специальности интернатуры, клинической ординатуры,

резидентуры

14. Специальность интернатуры\_\_\_\_\_

15. Специальность клинической ординатуры\_\_\_\_\_

16. Специальность резидентуры\_\_\_\_\_

Сведения об удостоверении по переподготовке по заявляемой

специальности

17. Номер удостоверения по переподготовке\_\_\_\_\_

18. Специальность переподготовки\_\_\_\_\_

19. Название обучающей организации\_\_\_\_\_

20. Объем обучения в часах\_\_\_\_\_

21. Начало обучения\_\_\_\_\_

22. Окончание обучения\_\_\_\_\_

Сведения о свидетельстве повышения квалификации по заявляемой  
специальности

23. Номер свидетельства о повышении квалификации по заявляемой  
специальности\_\_\_\_\_

24. Специальность по повышению квалификации\_\_\_\_\_

25. Наименование цикла\_\_\_\_\_

26. Название обучающей организации\_\_\_\_\_

27. Начало обучения\_\_\_\_\_

28. Окончание обучения\_\_\_\_\_

26. Объем обучения в часах\_\_\_\_\_

27. Дата выдачи свидетельства\_\_\_\_\_

Сведения действующего сертификата специалиста без присвоения  
квалификационной категории (для лиц с медицинским образованием)

28. Дата выдачи\_\_\_\_\_

29. Номер НИКАД/регистрационный номер\_\_\_\_\_

30. Номер и дата издания приказа\_\_\_\_\_

31. Орган выдавший\_\_\_\_\_

32. Специальность\_\_\_\_\_

33. Срок действия сертификата специалиста\_\_\_\_\_

Сведения о настоящем месте работы

34. Стаж работы по заявляемой специальности\_\_\_\_\_

34. Общий медицинский стаж\_\_\_\_\_

35. Место работы в настоящее время\_\_\_\_\_

36. Занимаемая должность\_\_\_\_\_

37. Дата назначения на данную должность\_\_\_\_\_

Сведения о трудовой деятельности по заявляемой специальности

| Дата приема | Дата увольнения | Место работы | Занимаемая должность | Номер приказа | Дата издания приказа |
|-------------|-----------------|--------------|----------------------|---------------|----------------------|
|             |                 |              |                      |               |                      |
|             |                 |              |                      |               |                      |

|  |                                                                                                                                         |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Приложение 8<br>к приказу Министра<br>здравоохранения и<br>социального развития<br>Республики Казахстан<br>от 28 апреля 2015 года № 294 |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Выдача лицензии на ввоз на территорию Республики Казахстан и (или) вывоз с территории Республики Казахстан органов (части органов) и (или) тканей человека, крови и ее компонентов**

Сноска. Заголовок стандарта в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 30.09.2016 № 831 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

## **1. Общие положения**

1. Государственная услуга "Выдача лицензии на ввоз на территорию Республики и (или) вывоз с территории Республики Казахстан органов (части органов) и (или) тканей человека, крови и ее компонентов" (далее – государственная услуга).

2. Стандарт государственной услуги разработан Министерством здравоохранения и социального развития Республики Казахстан (далее – Министерство).

3. Государственная услуга оказывается Комитетом контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства (далее – услугодатель).

Прием заявления и выдача результата оказания государственной услуги осуществляются через:

1) канцелярию услугодателя;

2) веб-портал "электронного правительства" [www.egov.kz](http://www.egov.kz), [www.elicense.kz](http://www.elicense.kz) (далее – портал).

## **2. Порядок оказания государственной услуги**

4. Срок оказания государственной услуги:

1) с момента сдачи пакета документов услугодателю, а также при обращении на портал:

при выдаче лицензии на ввоз, вывоз тканей человека, крови и ее компонентов – 3 (три) рабочих дня;

при выдаче лицензии на ввоз и (или) вывоз органов (части органов) человека – 1 (один) рабочий день.

Услугодатель проверяет на полноту представленных документов:

- при выдаче лицензии на ввоз, вывоз тканей человека, крови и ее компонентов в течении 2 (двух) рабочих дней с даты подачи документов;

- при выдаче лицензии на ввоз, вывоз органов (части органов) человека в течение 1 (одного) рабочего дня с даты подачи документов.

В случаях установления факта неполноты представленных документов согласно перечню, предусмотренному пунктом 9 настоящего стандарта государственной услуги, и (или) документов с истекшим сроком действия услугодатель в указанные сроки дает письменный мотивированный ответ о прекращении рассмотрения заявления;

2) максимально допустимое время ожидания для сдачи пакета документов – 15 (пятнадцать) минут;

3) максимально допустимое время обслуживания – 15 (пятнадцать) минут.

Сноска. Пункт 4 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 30.09.2016 № 831 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

5. Форма оказания государственной услуги: электронная (частично автоматизированная) и (или) бумажная.

6. Результат оказания государственной услуги – лицензия на ввоз на территорию Республики и (или) вывоз с территории Республики Казахстан органов (части органов) и (или) тканей человека, крови и ее компонентов (далее – лицензия) по форме согласно приложению 1 к настоящему стандарту государственной услуги, либо мотивированный ответ об отказе в оказании государственной услуги в случаях и по основаниям, предусмотренным пунктом 10 настоящего стандарта государственной услуги.

Форма предоставления результата оказания государственной услуги электронная.

Лицензия выдается на одно перемещение через границу Республики Казахстан.

В случае обращения услугополучателя за получением лицензии на бумажном носителе лицензия оформляется в электронной форме, распечатывается и заверяется печатью и подписью руководителя услугодателя.

При обращении услугополучателя через портал результат государственной услуги направляется услугополучателю в "личный кабинет" в форме электронного документа, удостоверенного электронной цифровой подписью (далее – ЭЦП) уполномоченного лица услугодателя.

7. Государственная услуга оказывается на платной основе юридическим лицам (далее – услугополучатель).

За оказание государственной услуги взимается лицензионный сбор за право занятия отдельными видами деятельности, который в соответствии с Кодексом Республики Казахстан "О налогах и других обязательных платежах в бюджет (Налоговый кодекс)" составляет 10 месячных расчетных показателей.

Оплата лицензионного сбора осуществляется в наличной и безналичной форме через банки второго уровня и организации, осуществляющие отдельные виды банковских операций.

В случае подачи электронного запроса на получение государственной услуги через портал, оплата также может осуществляться через платежный шлюз "электронного правительства" (далее – ПШЭП).

8. График работы:

1) услугодателя – 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 согласно Трудовому кодексу Республики Казахстан.

Прием заявления и выдача результата оказания государственной услуги осуществляется с 9.00 часов до 17.30 часов с перерывом на обед с 13.00 часов до 14.30 часов.

Государственная услуга оказывается в порядке очереди, без предварительной записи и ускоренного обслуживания;

2) портала – круглосуточно, за исключением технических перерывов в связи с проведением ремонтных работ (при обращении услугополучателя после окончания рабочего времени в выходные и праздничные дни согласно Трудовому кодексу Республики Казахстан прием заявления и выдача результата оказания государственной услуги осуществляется следующим рабочим днем.

9. Перечень документов, необходимых для оказания государственной услуги при обращении услугополучателя (либо его представителя по доверенности):

1) к услугодателю:

заявление по форме согласно приложению 2 к настоящему стандарту государственной услуги;

копия документа, подтверждающего уплату в бюджет лицензионного сбора за право занятия отдельными видами деятельности;

копия внешнеторгового договора (контракта), приложения и (или) дополнения к нему, а в случае отсутствия внешнеторгового договора (контракта) копия иного документа, подтверждающего намерения сторон, заверенная печатью и подписью услугополучателя;

разрешение государственных органов третьих стран, уполномоченных принимать решение о возможности ввоза, вывоза тканей и (или) органов (части органов) человека, крови и ее компонентов;

2) на портал:

запрос в форме электронного документа, удостоверенного ЭЦП услугополучателя;

электронная копия внешнеторгового договора (контракта), приложения и (или) дополнения к нему, а в случае отсутствия внешнеторгового договора (контракта) копия иного документа, подтверждающего намерения сторон в виде электронной копии;

электронная копия разрешения государственных органов третьих стран, уполномоченных принимать решение о возможности ввоза или вывоза органов (части органов) и (или) тканей человека, крови и ее компонентов;

электронная копия документа, подтверждающего уплату в бюджет лицензионного сбора за право занятия отдельными видами деятельности, за исключением случаев оплаты через ПШЭП.

Сведения документов о государственной регистрации (перерегистрации) юридического лица, об оплате лицензионного сбора (в случае оплаты через ПШЭП), о лицензии на медицинскую деятельность и копии приложения к лицензии по специальностям "трансплантология", "гематология", "заготовка крови", являющиеся государственными информационными ресурсами, услугодатель получает из соответствующих государственных информационных систем через шлюз "электронного правительства".

При сдаче услугополучателем всех необходимых документов:

Услугодателю (нарочно либо посредством почтовой связи) – подтверждением принятия заявления на бумажном носителе является отметка на его копии о регистрации в канцелярии услугодателя с указанием даты и времени приема пакета документов;

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

10. Отказ в выдаче лицензии осуществляется в случаях, если:

занятие видом деятельности, запрещено законами Республики Казахстан, для данной категории юридических лиц;

не внесен лицензионный сбор;

услугополучатель не соответствует квалификационным требованиям;

в отношении услугополучателя государственной услуги имеется вступившее в законную силу решение (приговор) суда, о приостановлении или запрещении деятельности отдельного вида деятельности;

судом на основании представления судебного исполнителя временно запрещено выдавать услугополучателю – должнику лицензию.

### **3. Порядок обжалования решений, действий (бездействия) услугодателя и (или) его должностных лиц по вопросам оказания государственной услуги**

11. Обжалование решений, действий (бездействий) Министерства, услугодателя и (или) его должностных лиц по вопросам оказания государственных услуг: жалоба подается на имя руководителя услугодателя или Министерства по адресам, указанным в пункте 13 настоящего стандарта государственной услуги.

Жалоба по вопросам оказания государственных услуг подается в письменной форме по почте или в электронном виде, либо нарочно через канцелярию услугодателя или Министерства.

В жалобе услугополучателем указывается его фамилия, имя, отчество (при его наличии), почтовый адрес, исходящий номер, дата и подписывается услугополучателем.

Подтверждением принятия жалобы является регистрация (штамп, входящий номер и дата) в канцелярии услугодателя с выдачей талона, в котором указываются номер, дата, фамилия имя, отчество (при его наличии), лица, принявшего жалобу (с указанием контактных данных должностных лиц, для получения информации о ходе рассмотрения жалобы, а также срока и места получения ответа).

При обращении через портал информация о порядке обжалования доступна по телефону единого контакт – центра: 8-800-080-7777 или 1414.

При отправке жалобы через портал услугополучателю из "личного кабинета" доступна информация об обращении, которая обновляется в ходе обработки обращения услугодателем (отметки о доставке, регистрации, исполнении, ответ о рассмотрении или отказе в рассмотрении).

Жалоба услугополучателя, поступившая в адрес услугодателя или Министерства, подлежит рассмотрению в течение пяти рабочих дней со дня ее регистрации. Результат рассмотрения жалобы направляется услугополучателю посредством почтовой связи либо выдается нарочно в канцелярии услугодателя.

В случае несогласия с результатами оказанной государственной услуги услугополучатель обращается с жалобой в уполномоченный орган по оценке и контролю за качеством оказания государственных услуг.

Жалоба услугополучателя, поступившая в адрес уполномоченного органа по оценке и контролю за качеством оказания государственных услуг, рассматривается в течение пятнадцати рабочих дней со дня ее регистрации.

12. В случаях несогласия с результатами оказанной государственной услуги, услугополучатель обращается в суд в установленном законодательством порядке.

#### **4. Иные требования с учетом особенностей оказания государственной услуги, в том числе оказываемой в электронной форме**

13. В помещениях услугодателя предусмотрены условия для обслуживания услугополучателей с ограниченными возможностями (пандусы и лифты).

14. Адрес места оказания государственной услуги размещен на интернет-ресурсе Министерства : [www.mzsr.gov.kz](http://www.mzsr.gov.kz).

15. Услугополучатель получает государственную услугу в электронной форме через портал при условии наличия ЭЦП.

16. Услугополучатель получает информацию о порядке и статусе оказания государственной услуги в режиме удаленного доступа посредством "личного кабинета" портала, а также единого контакт-центра по вопросам оказания государственных услуг.

17. Контактные телефон справочных служб по вопросам оказания государственной услуги размещены на интернет – ресурсе Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан: [www.mzsr.gov.kz](http://www.mzsr.gov.kz). единый контакт-центр по вопросам оказания государственных услуг: 8-800-080-7777, 1414.

|  |                                                                                                           |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Приложение 1<br>к стандарту государственной<br>услуги<br>"Выдача лицензии на медицинскую<br>деятельность" |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Сноска. Приложение 1 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 30.09.2016 № 831 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

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 корпорацию).

Физическое лицо \_\_\_\_\_

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

Место печати (при наличии) Дата заполнения: "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

|  |                                                                                                           |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Приложение 2<br>к стандарту государственной<br>услуги<br>"Выдача лицензии на медицинскую<br>деятельность" |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Сноска. Приложение 2 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 30.09.2016 № 831 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

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(ов)

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;

5) заявитель согласен на удостоверение заявления электронной цифровой

подписью работника Государственной корпорации (в случае обращения через

Государственную корпорацию).

Руководитель \_\_\_\_\_

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

Место печати Дата заполнения: "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

|  |                                                                                                           |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Приложение 3<br>к стандарту государственной<br>услуги<br>"Выдача лицензии на медицинскую<br>деятельность" |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Сноска. Приложение 3 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 30.09.2016 № 831 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

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,

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" от 16 мая 2014 года \_\_\_\_\_

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;

5) заявитель согласен на удостоверение заявления электронной цифровой подписью

работника Государственной корпорации (в случае обращения через Государственную корпорацию)

Физическое лицо \_\_\_\_\_

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

Место печати Дата заполнения: "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года

|  |                                                                                                           |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Приложение 4<br>к стандарту государственной<br>услуги<br>"Выдача лицензии на медицинскую<br>деятельность" |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Сноска. Приложение 4 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 30.09.2016 № 831 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

#### **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(я) 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) реорганизация юридического лица-лицензиата в соответствии со статьей 34 Закона

Республики Казахстан "О разрешениях и уведомлениях" от 14 мая 2014 года 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 Республики Казахстан "О разрешениях и уведомлениях"

от 14 мая 2014 года \_\_\_\_\_

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;

5) заявитель согласен на удостоверение заявления электронной цифровой подписью работника

Государственной корпорации (в случае обращения через Государственную корпорацию).

Руководитель \_\_\_\_\_

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

Место печати Дата заполнения: " \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

|  |                                                                                                                                         |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Приложение 9<br>к приказу Министра<br>здравоохранения и<br>социального развития<br>Республики Казахстан<br>от 28 апреля 2015 года № 294 |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## **Стандарт государственной услуги**

**"Выдача заключения (разрешительного документа) на ввоз на территорию Республики Казахстан и вывоз с территории Республики Казахстан гемопоэтических стволовых клеток, костного мозга в случае их перемещения с целью проведения неродственной трансплантации, а также образцов клеток, тканей, биологических жидкостей и секретов, в том числе продуктов жизнедеятельности человека, физиологических и патологических выделений, мазков, соскобов, смывов, предназначенных для диагностических целей или полученных в процессе проведения биомедицинских исследований"**

### **1. Общие положения**

1. Государственная услуга "Выдача заключений (разрешительных документов) на ввоз на территорию Республики Казахстан и вывоз с территории Республики Казахстан гемопоэтических стволовых клеток, костного мозга в случае их перемещения с целью проведения неродственной трансплантации, а также образцов клеток, тканей, биологических жидкостей и секретов, в том числе продуктов жизнедеятельности человека, физиологических и патологических выделений, мазков, соскобов, смывов, предназначенных для диагностических целей или полученных в процессе проведения биомедицинских исследований" (далее – государственная услуга).

2. Стандарт государственной услуги разработан Министерством здравоохранения и социального развития Республики Казахстан (далее – Министерство).

3. Государственная услуга оказывается Комитетом контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства (далее – услугодатель).

Прием заявления и выдача результата оказания государственной услуги осуществляются через:

1) канцелярию услугодателя;

2) веб-портал "электронного правительства" [www.egov.kz](http://www.egov.kz), [www.elicense.kz](http://www.elicense.kz) (далее – портал);

### **2. Порядок оказания государственной услуги**

#### 4. Срок оказания государственной услуги:

- 1) в течении 3 (трех) рабочих дней, со дня сдачи пакета документов услугодателю;

переоформление заключения (разрешительного документа) на ввоз на территорию Республики Казахстан и вывоз с территории Республики Казахстан гемопоэтических стволовых клеток, костного мозга в случае их перемещения с целью проведения неродственной трансплантации, а также образцов клеток, тканей, биологических жидкостей и секретов, в том числе продуктов жизнедеятельности человека, физиологических и патологических выделений, мазков, соскобов, смывов, предназначенных для диагностических целей или полученных в процессе проведения биомедицинских исследований (далее – заключение) – в течении 3 (трех) рабочих дней;

выдача дубликата заключения, в случаях утери либо порчи в течении 2 (двух) рабочих дней.

Услугодатель в течение двух рабочих дней с момента получения документов услугополучателя проверяет на полноту представленных документов.

В случаях установления факта неполноты представленных документов согласно перечню, предусмотренному пунктом 9 настоящего стандарта государственной услуги, и (или) документов с истекшим сроком действия услугодатель в указанные сроки дает письменный мотивированный ответ о прекращении рассмотрения заявления;

- 2) максимально допустимое время ожидания для сдачи пакета документов – 15 (пятнадцать) минут;

- 3) максимально допустимое время обслуживания – 15 (пятнадцать) минут.

Сноска. Пункт 4 в редакции приказа Министерства здравоохранения и социального развития РК от 30.09.2016 № 831 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

5. Форма оказания государственной услуги: электронная (частично автоматизированная) и (или) бумажная.

#### 6. Результат оказания государственной услуги:

заключение (разрешительный документ) на ввоз на территорию Республики Казахстан и (или) вывоз с территории Республики Казахстан гемопоэтических стволовых клеток, костного мозга в случае их перемещения с целью проведения неродственной трансплантации по форме, согласно приложению 1 к настоящему стандарту государственной услуги;

дубликат заключения (разрешительный документ) на ввоз на территорию Республики Казахстан и (или) вывоз с территории Республики Казахстан гемопоэтических стволовых клеток, костного мозга в случае их перемещения с целью проведения неродственной трансплантации по форме, согласно приложению 2 к настоящему стандарту государственной услуги;

заключение (разрешительный документ) на ввоз на территорию Республики Казахстан и (или) вывоз с территории Республики Казахстан образцов клеток, тканей, биологических жидкостей и секретов, в том числе продуктов жизнедеятельности человека, физиологических и патологических выделений, мазков, соскобов, смывов, предназначенных для диагностических целей или полученных в процессе проведения биомедицинских исследований (далее – заключение) по форме, согласно приложению 3 к настоящему стандарту государственной услуги;

дубликат заключения (разрешительный документ) на ввоз на территорию Республики Казахстан и (или) вывоз с территории Республики Казахстан образцов клеток, тканей, биологических жидкостей и секретов, в том числе продуктов жизнедеятельности человека, физиологических и патологических выделений, мазков, соскобов, смывов, предназначенных для диагностических целей или полученных в процессе проведения биомедицинских исследований (далее – заключение) по форме, согласно приложению 4 к настоящему стандарту государственной услуги;

переоформленное заключение;

мотивированный ответ об отказе в оказании государственной услуги по основаниям установленным пунктом 9-1 настоящего стандарта.

Заключение выдается на срок, определяемый заявителем, но не превышающий один год.

Форма предоставления результата оказания государственной услуги электронная.

В случае обращения услугополучателя за получением лицензии на бумажном носителе лицензия оформляется в электронной форме, распечатывается и заверяется печатью и подписью руководителя услугодателя.

При обращении услугополучателя через портал результат государственной услуги направляется услугополучателю в "личный кабинет" в форме электронного документа, удостоверенного электронной цифровой подписью (далее – ЭЦП) уполномоченного лица услугодателя.

Сноска. Пункт 6 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 30.09.2016 № 831 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

7. Государственная услуга оказывается бесплатно, юридическим лицам (далее – услугополучатель).

8. График работы:

1) услугодателя – 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 согласно Трудовому кодексу Республики Казахстан.

Прием заявления и выдача результата оказания государственной услуги осуществляется с 9.00 часов до 17.30 часов с перерывом на обед с 13.00 часов до 14.30 часов.

Государственная услуга оказывается в порядке очереди, без предварительной записи и ускоренного обслуживания;

2) портала – круглосуточно, за исключением технических перерывов в связи с проведением ремонтных работ (при обращении услугополучателя после окончания рабочего времени в выходные и праздничные дни согласно Трудовому кодексу Республики Казахстан, прием заявления и выдача результата оказания государственной услуги осуществляется следующим рабочим днем).

9. Перечень документов, необходимых для оказания государственной услуги при обращении услугополучателя (либо его представителя по доверенности):

к услугодателю:

1) для получения заключения (разрешительного документа) на ввоз на территорию Республики Казахстан и (или) вывоз с территории Республики Казахстан гемопоэтических стволовых клеток, костного мозга человека при перемещении их с целью проведения неродственной трансплантации:

- заявление по форме, согласно приложению 5 к настоящему стандарту государственной услуги ;

- копия договора (контракта) заключенного с организацией здравоохранения страны-импортера или страны-экспортера о проведении неродственной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток и (или) костного мозга человека, с аутентичным переводом на государственный и (или) русский язык, заверенного нотариально либо копию договора (контракта) заключенного с организацией осуществляющей функции регистра гемопоэтических стволовых клеток и (или) костного мозга страны-импортера или страны-экспортера о проведении поиска и активации донора для осуществления неродственной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток и (или) костного мозга человека, с аутентичным переводом на государственный и (или) русский язык;

- копия результатов исследования на биологическую безопасность образцов гемопоэтических стволовых клеток, костного мозга человека в случае их перемещения с целью проведения неродственной трансплантации;

- копию документа, на основании которого медицинская организация страны – импортера или страны – экспортера оказывает медицинские услуги, с аутентичным переводом на государственный и (или) русский язык.

для переоформления заключения (разрешительного документа) на ввоз на территорию Республики Казахстан и (или) вывоз с территории Республики Казахстан гемопоэтических стволовых клеток, костного мозга человека при перемещении их с целью проведения неродственной трансплантации:

- заявление по форме, согласно приложению 6 к настоящему стандарту государственной услуги ;

- копия документа подтверждающего изменение наименования или организационно - правовой формы услугополучателя;

для выдачи дубликата заключения (разрешительного документа) на ввоз на территорию Республики Казахстан и (или) вывоз с территории Республики Казахстан гемопоэтических стволовых клеток, костного мозга человека при перемещении их с целью проведения неродственной трансплантации в случае выдачи заключения в бумажной форме:

- заявление по форме, согласно приложению 7 к настоящему стандарту государственной услуги ;

2) для получения заключения (разрешительного документа) на ввоз на территорию Республики Казахстан и (или) вывоз с территории Республики Казахстан образцов клеток, тканей, биологических жидкостей и секретов, в том числе продуктов жизнедеятельности человека, физиологических и патологических выделений, мазков, соскобов, смывов, предназначенных для диагностических целей:

- заявление по форме, согласно приложению 8 к настоящему стандарту государственной услуги ;

- копия договора (контракта) заключенного с организацией здравоохранения страны-импортера или страны-экспортера об оказании соответствующего вида медицинских услуг, с аутентичным переводом на государственный и (или) русский язык, заверенного нотариально;

для переоформления заключения (разрешительного документа) на ввоз на территорию Республики Казахстан и (или) вывоз с территории Республики Казахстан образцов клеток, тканей, биологических жидкостей и секретов, в том числе продуктов жизнедеятельности человека, физиологических и патологических выделений, мазков, соскобов, смывов, предназначенных для диагностических целей:

- заявление по форме, согласно приложению 9 к настоящему стандарту государственной услуги ;

- копия документа подтверждающего изменение наименования или организационно - правовой формы услугополучателя;

для выдачи дубликата заключения (разрешительного документа) на ввоз на территорию Республики Казахстан и (или) вывоз с территории Республики Казахстан образцов клеток, тканей, биологических жидкостей и секретов, в том числе продуктов жизнедеятельности человека, физиологических и патологических выделений, мазков, соскобов, смывов, предназначенных для диагностических целей в случае выдачи заключения в бумажной форме:

- заявление по форме, согласно приложению 10 к настоящему стандарту государственной услуги;

3) для получения заключения (разрешительного документа) на ввоз на территорию Республики Казахстан и (или) вывоз с территории Республики Казахстан образцов клеток, тканей, биологических жидкостей и секретов, в том числе продуктов жизнедеятельности человека, физиологических и патологических выделений, мазков, соскобов, смывов полученных в процессе проведения биомедицинских исследований:

- заявление по форме согласно приложению 8 к настоящему стандарту государственной услуги;
- копия документа подтверждающего занятие научной деятельностью;

- копия договора (контракта) заключенного с организацией здравоохранения или организацией осуществляющей научную деятельность страны-импортера или страны-экспортера о совместной научной деятельности, с аутентичным переводом на государственный и (или) русский язык, заверенного нотариально;

для переоформления заключения (разрешительного документа) на ввоз на территорию Республики Казахстан и (или) вывоз с территории Республики Казахстан образцов клеток, тканей, биологических жидкостей и секретов, в том числе продуктов жизнедеятельности человека, физиологических и патологических выделений, мазков, соскобов, смывов полученных в процессе проведения биомедицинских исследований:

- заявление по форме согласно приложению 9 к настоящему стандарту государственной услуги;

- копия документа подтверждающего изменение наименования или организационно - правовой формы услугополучателя;

для выдачи дубликата заключения (разрешительного документа) на ввоз на территорию Республики Казахстан и (или) вывоз с территории Республики Казахстан образцов клеток, тканей, биологических жидкостей и секретов, в том числе продуктов жизнедеятельности человека, физиологических и патологических выделений, мазков, соскобов, смывов полученных в процессе проведения биомедицинских исследований в случае выдачи заключения в бумажной форме:

- заявление по форме согласно приложению 10 к настоящему стандарту государственной услуги ;

на портал:

1) для получения заключения (разрешительного документа) на ввоз на территорию Республики Казахстан и (или) вывоз с территории Республики Казахстан гемопоэтических стволовых клеток, костного мозга человека при перемещении их с целью проведения неродственной трансплантации:

- запрос в форме электронного документа, удостоверенного ЭЦП услугополучателя;

- электронная копия договора (контракта) заключенного с организацией здравоохранения страны-импортера или страны-экспортера о проведении неродственной трансплантации гемопоэтических

стволовых клеток и (или) костного мозга человека, с аутентичным переводом на государственный и (или) русский язык, заверенного нотариально либо копию договора (контракта) заключенного с организацией осуществляющей функции регистра гемопоэтических стволовых клеток и (или) костного мозга страны-импортера или страны-экспортера о проведении поиска и активации донора для осуществления неродственной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток и (или) костного мозга человека, с аутентичным переводом на государственный и (или) русский язык;

- электронная копия результатов исследования на биологическую безопасность образцов гемопоэтических стволовых клеток, костного мозга человека в случае их перемещения с целью проведения неродственной трансплантации;

- электронная копия документа, на основании которого медицинская организация страны – импортера или страны – экспортера оказывает медицинские услуги, с аутентичным переводом на государственный и (или) русский язык;

для переоформления заключения (разрешительного документа) на ввоз на территорию Республики Казахстан и (или) вывоз с территории Республики Казахстан гемопоэтических стволовых клеток, костного мозга человека при перемещении их с целью проведения неродственной трансплантации:

- запрос в форме электронного документа, удостоверенного ЭЦП услугодателя;

- электронная копия документа подтверждающего изменение наименования или организационно - правовой формы услугодателя;

для выдачи дубликата заключения (разрешительного документа) на ввоз на территорию Республики Казахстан и (или) вывоз с территории Республики Казахстан гемопоэтических стволовых клеток, костного мозга человека при перемещении их с целью проведения неродственной трансплантации в случае выдачи заключения в бумажной форме:

- запрос в форме электронного документа, удостоверенного ЭЦП услугодателя;

2) для получения заключения (разрешительного документа) на ввоз на территорию Республики Казахстан и (или) вывоз с территории Республики Казахстан образцов клеток, тканей, биологических жидкостей и секретов, в том числе продуктов жизнедеятельности человека, физиологических и патологических выделений, мазков, соскобов, смывов, предназначенных для диагностических целей:

- запрос в форме электронного документа, удостоверенного ЭЦП услугодателя;

- электронная копия договора (контракта) заключенного с организацией здравоохранения страны-импортера или страны-экспортера об оказании соответствующего вида медицинских услуг, с аутентичным переводом на государственный и (или) русский язык, заверенного нотариально;

для переоформления заключения (разрешительного документа) на ввоз на территорию Республики Казахстан и (или) вывоз с территории Республики Казахстан образцов клеток, тканей,

биологических жидкостей и секретов, в том числе продуктов жизнедеятельности человека, физиологических и патологических выделений, мазков, соскобов, смывов, предназначенных для диагностических целей:

- запрос в форме электронного документа, удостоверенного ЭЦП услугополучателя;

- электронная копия документа подтверждающего изменение наименования или организационно - правовой формы услугополучателя;

для выдачи дубликата заключения (разрешительного документа) на ввоз на территорию Республики Казахстан и (или) вывоз с территории Республики Казахстан образцов клеток, тканей, биологических жидкостей и секретов, в том числе продуктов жизнедеятельности человека, физиологических и патологических выделений, мазков, соскобов, смывов, предназначенных для диагностических целей в случае выдачи заключения в бумажной форме:

- запрос в форме электронного документа, удостоверенного ЭЦП услугополучателя;

3) для получения заключения (разрешительного документа) на ввоз на территорию Республики Казахстан и (или) вывоз с территории Республики Казахстан образцов клеток, тканей, биологических жидкостей и секретов, в том числе продуктов жизнедеятельности человека, физиологических и патологических выделений, мазков, соскобов, смывов полученных в процессе проведения биомедицинских исследований:

- запрос в форме электронного документа, удостоверенного ЭЦП услугополучателя;

- электронная копия документа подтверждающего занятие научной деятельностью;

- электронная копия договора (контракта) заключенного с организацией здравоохранения или организацией осуществляющей научную деятельность страны-импортера или страны-экспортера о совместной научной деятельности, с аутентичным переводом на государственный и (или) русский язык, заверенного нотариально.

для переоформления заключения (разрешительного документа) на ввоз на территорию Республики Казахстан и (или) вывоз с территории Республики Казахстан образцов клеток, тканей, биологических жидкостей и секретов, в том числе продуктов жизнедеятельности человека, физиологических и патологических выделений, мазков, соскобов, смывов полученных в процессе проведения биомедицинских исследований:

- запрос в форме электронного документа, удостоверенного ЭЦП услугополучателя;

- электронная копия документа подтверждающего изменение наименования или организационно - правовой формы услугополучателя;

для выдачи дубликата заключения (разрешительного документа) на ввоз на территорию Республики Казахстан и (или) вывоз с территории Республики Казахстан образцов клеток, тканей, биологических жидкостей и секретов, в том числе продуктов жизнедеятельности человека,

физиологических и патологических выделений, мазков, соскобов, смывов полученных в процессе проведения биомедицинских исследований в случае выдачи заключения в бумажной форме:

- запрос в форме электронного документа, удостоверенного ЭЦП услугополучателя;

Сведения документов о государственной регистрации (перерегистрации) юридического лица, о лицензии на медицинскую деятельность и копии приложения к лицензии по специальностям "трансплантология", "гематология", "заготовка крови", являющиеся государственными информационными ресурсами, услугодатель получает из соответствующих государственных информационных систем через шлюз "электронного правительства".

При сдаче услугополучателем всех необходимых документов:

Услугодателю (нарочно либо посредством почтовой связи) – подтверждением принятия заявления на бумажном носителе является отметка на его копии о регистрации в канцелярии услугодателя с указанием даты и времени приема пакета документов;

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

9-1. Услугодатель отказывает в оказании государственной услуги по следующим основаниям:

1) установление недостоверности документов, представленных услугополучателем для получения государственной услуги, 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 Правилами выдачи заключений (разрешительных документов) на ввоз на территорию Республики Казахстан и вывоз с территории Республики Казахстан гемопоэтических стволовых клеток, костного мозга в случае их перемещения с целью проведения неродственной трансплантации, а также образцов клеток, тканей, биологических жидкостей и секретов, в том числе продуктов жизнедеятельности человека, физиологических и патологических выделений, мазков, соскобов, смывов, предназначенных для диагностических целей или полученных в процессе проведения биомедицинских исследований, утвержденными приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 марта 2014 года № 151 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 9372);

3) в отношении услугополучателя имеется вступившее в законную силу решение (приговор) суда о запрещении деятельности или отдельных видов деятельности, требующих получения определенной государственной услуги;

4) в отношении услугополучателя имеется вступившее в законную силу решение суда, на основании которого услугополучатель лишен специального права, связанного с получением государственной услуги.

Сноска. Стандарт дополнен пунктом 9-1 в соответствии с приказом Министра здравоохранения и социального развития РК от 30.09.2016 № 831 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

### **3. Порядок обжалования решений, действий (бездействия) услугодателя и (или) их должностных лиц по вопросам оказания государственной услуги**

10. Обжалование решений, действий (бездействий) Министерства, услугодателя и (или) его должностных лиц по вопросам оказания государственных услуг: жалоба подается на имя руководителя услугодателя или Министерства по адресам, указанным в пункте 13 настоящего стандарта государственной услуги.

Жалоба по вопросам оказания государственных услуг подается в письменной форме по почте или в электронном виде, либо нарочно через канцелярию услугодателя или Министерства.

В жалобе услугополучателем указывается его фамилия, имя, отчество (при его наличии), почтовый адрес, исходящий номер, дата и подписывается услугополучателем.

Подтверждением принятия жалобы является регистрация (штамп, входящий номер и дата) в канцелярии услугодателя с выдачей талона, в котором указываются номер, дата, фамилия имя, отчество (при его наличии), лица, принявшего жалобу (с указанием контактных данных должностных лиц, для получения информации о ходе рассмотрения жалобы, а также срока и места получения ответа).

При обращении через портал информация о порядке обжалования доступна по телефону единого контакт-центра: 8-800-080-7777 или 1414.

При отправке жалобы через портал услугополучателю из "личного кабинета" доступна информация об обращении, которая обновляется в ходе обработки обращения услугодателем (отметки о доставке, регистрации, исполнении, ответ о рассмотрении или отказе в рассмотрении).

Жалоба услугополучателя поступившая в адрес услугодателя или Министерства, подлежит рассмотрению в течении пяти рабочих дней со дня ее регистрации. Результат рассмотрения жалобы направляется услугополучателю посредством почтовой связи либо выдается нарочно в канцелярии услугодателя или Министерства.

В случае несогласия с результатами оказанной государственной услуги, услугополучатель обращается с жалобой в уполномоченный орган по оценке и контролю за качеством оказания государственных услуг.

Жалоба услугополучателя, поступившая в адрес уполномоченного органа по оценке и контролю за качеством оказания государственных услуг, рассматривается в течение пятнадцати рабочих дней со дня ее регистрации.

11. В случаях несогласия с результатами оказанной государственной услуги услугополучатель обращается в суд в установленном законодательством порядке.

#### 4. Иные требования с учетом особенностей оказания государственной услуги, в том числе оказываемой в электронной форме

12. В помещениях услугодателя предусмотрены условия для обслуживания услугополучателей с ограниченными возможностями (пандусы и лифты).

13. Адрес места оказания государственной услуги размещен на интернет-ресурсе Министерства-[www.mzsr.gov.kz](http://www.mzsr.gov.kz).

14. Услугополучатель получает государственную услугу в электронной форме через портал при условии наличия ЭЦП.

15. Услугополучатель получает информацию о порядке и статусе оказания государственной услуги в режиме удаленного доступа посредством "личного кабинета" портала, а также единого контакт-центра по вопросам оказания государственных услуг.

16. Контактные телефоны справочных служб по вопросам оказания государственной услуги размещены на интернет – ресурсе Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан: [www.mzsr.gov.kz](http://www.mzsr.gov.kz). единый контакт-центр по вопросам оказания государственных услуг: 1414, 8-800-080-7777.

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Приложение 1 к стандарту государственной услуги "Выдача заключений (разрешительных документов) на ввоз на территорию Республики Казахстан и вывоз с территории Республики Казахстан гемопоэтических стволовых клеток, костного мозга в случае их перемещения с целью проведения неродственной трансплантации, а также образцов клеток, тканей, биологических жидкостей и секретов, в том числе продуктов жизнедеятельности человека, физиологических и патологических выделений, мазков, соскобов, смывов, предназначенных для диагностических целей или полученных в процессе проведения биомедицинских исследований" |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

форма

Заключение

(разрешительный документ)

на ввоз на территорию

Республики Казахстан и (или) вывоз с территории

Республики Казахстан гемопоэтических

стволовых клеток, костного мозга в случае

их перемещения с целью проведения

неродственной трансплантации

№ \_\_\_\_/20 / \_\_\_\_/ \_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Наименование органа государственной власти, выдавшего

заключение)

Выдано \_\_\_\_\_

(Название организации, юридический адрес, страна/ для физических лиц

Ф.И.О.)

Вид перемещения \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / / \_\_\_\_\_

(раздел Единого перечня товаров) (Код ТН ВЭД ТС)

| Наименование товара | Количество | Единица измерения |
|---------------------|------------|-------------------|
|                     |            |                   |

Получатель/отправитель\* \_\_\_\_\_

(название, юридический адрес, страна)

Страна назначения/отправления \* \_\_\_\_\_

Цель ввоза/вывоза \_\_\_\_\_

Срок временного ввоза (вывоза) \_\_\_\_\_

Основание: \_\_\_\_\_

Дополнительная информация \_\_\_\_\_

Страна транзита <\*> \_\_\_\_\_

(транзит по территории)

\_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Заключение действительно по \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

(должность)

<\*> заполняются с учетом требований к категориям товаров

|  |                                                                                                                                                                                                          |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Приложение 2 к стандарту<br>государственной услуги<br>"Выдача заключений (разрешительных<br>документов)<br>на ввоз на территорию Республики<br>Казахстан<br>и вывоз с территории Республики<br>Казахстан |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

гемопозитических стволовых клеток,  
костного  
мозга в случае их перемещения с целью  
проведения неродственной  
трансплантации,  
а также образцов клеток, тканей,  
биологических  
жидкостей и секретов, в том числе  
продуктов  
жизнедеятельности человека,  
физиологических и  
патологических выделений, мазков,  
соскобов, смывов,  
предназначенных для диагностических  
целей или  
полученных в процессе проведения  
биомедицинских исследований"

форма

Дубликат заключения

(разрешительный документ)

на ввоз на территорию

Республики Казахстан и (или) вывоз с территории

Республики Казахстан гемопозитических

стволовых клеток, костного мозга в случае

их перемещения с целью проведения

неродственной трансплантации

№ \_\_\_\_/20 / \_\_\_\_/ \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Наименование органа государственной власти, выдавшего заключение)

Выдано \_\_\_\_\_

(Название организации, юридический адрес, страна/ для

физических лиц Ф.И.О.)

Вид перемещения \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / / \_\_\_\_\_

(раздел Единого перечня товаров) (Код ТН ВЭД ТС)

| Наименование товара | Количество | Единица измерения |
|---------------------|------------|-------------------|
|                     |            |                   |

Получатель/отправитель\* \_\_\_\_\_

(название, юридический адрес, страна)

Страна назначения/отправления \* \_\_\_\_\_

Цель ввоза/вывоза \_\_\_\_\_

Срок временного ввоза (вывоза) \_\_\_\_\_

Основание: \_\_\_\_\_

Дополнительная информация \_\_\_\_\_

Страна транзита <\*> \_\_\_\_\_

(транзит по территории)

\_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Заключение действительно по \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

(должность)

<\*> заполняются с учетом требований к категориям товаров

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>Приложение 3 к стандарту государственной услуги "Выдача заключений (разрешительных документов) на ввоз на территорию Республики Казахстан и вывоз с территории Республики Казахстан гемопоэтических стволовых клеток, костного мозга в случае их перемещения с целью проведения неродственной трансплантации, а также образцов клеток, тканей, биологических жидкостей и секретов, в том числе продуктов жизнедеятельности человека, физиологических и патологических выделений, мазков, соскобов, смывов, предназначенных для диагностических целей или полученных в процессе проведения биомедицинских исследований"</p> |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

форма

Заключение

(разрешительный документ)

на ввоз на территорию

Республики Казахстан и (или) вывоз с территории

Республики Казахстан образцов клеток,

тканей, биологических жидкостей и секретов,  
в том числе продуктов жизнедеятельности человека,  
физиологических и патологических выделений,  
мазков, соскобов, смывов, предназначенных  
для диагностических целей или полученных  
в процессе проведения биомедицинских исследований

№ \_\_\_\_/20 \_\_\_\_/\_\_\_\_

год месяц число

\_\_\_\_\_

(Наименование государственного органа, выдавшего заключение)

Выдано \_\_\_\_\_

(Страна, название организации, юридический адрес)

Вид перемещения \_\_\_\_\_

| Наименование | Количество | Единица измерения |
|--------------|------------|-------------------|
|              |            |                   |

Получатель/отправитель\* \_\_\_\_\_

(название, юридический адрес, страна)

Страна назначения/отправления \* \_\_\_\_\_

Цель ввоза/вывоза \_\_\_\_\_

Срок временного ввоза (вывоза) \_\_\_\_\_

Основание: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дополнительная информация \_\_\_\_\_

Страна транзита \_\_\_\_\_

(транзит по территории)

\_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Заключение действительно по \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

(должность)

Приложение 4 к стандарту  
государственной услуги  
"Выдача заключений (разрешительных  
документов)  
на ввоз на территорию Республики  
Казахстан  
и вывоз с территории Республики  
Казахстан  
гемопоэтических стволовых клеток,  
костного  
мозга в случае их перемещения с целью  
проведения неродственной  
трансплантации,  
а также образцов клеток, тканей,  
биологических  
жидкостей и секретов, в том числе  
продуктов  
жизнедеятельности человека,  
физиологических и

патологических выделений, мазков,  
соскобов, смывов,  
предназначенных для диагностических  
целей или  
полученных в процессе проведения  
биомедицинских исследований"

форма

Дубликат заключения

разрешительный документ)

на ввоз на территории

Республики Казахстан и (или) вывоз с территории

Республики Казахстан образцов клеток,

тканей, биологических жидкостей и секретов,

в том числе продуктов жизнедеятельности человека,

физиологических и патологических выделений,

мазков, соскобов, смывов, предназначенных

для диагностических целей или полученных

в процессе проведения биомедицинских исследований

№ \_\_\_\_/20 / \_\_\_\_/ \_\_\_\_

год месяц число

\_\_\_\_\_

(Наименование государственного органа, выдавшего заключение)

Выдано \_\_\_\_\_

(Страна, название организации, юридический адрес)

Вид перемещения \_\_\_\_\_

| Наименование | Количество | Единица измерения |
|--------------|------------|-------------------|
|              |            |                   |

Получатель/отправитель\* \_\_\_\_\_

(название, юридический адрес, страна)

Страна назначения/отправления \* \_\_\_\_\_

Цель ввоза/вывоза \_\_\_\_\_

Срок временного ввоза (вывоза) \_\_\_\_\_

Основание: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дополнительная информация \_\_\_\_\_

Страна транзита \_\_\_\_\_

(транзит по территории)

\_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Заключение действительно по \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

---

(должность)

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Приложение 5 к стандарту<br>государственной услуги<br>"Выдача заключений (разрешительных<br>документов)<br>на ввоз на территорию Республики<br>Казахстан<br>и вывоз с территории Республики<br>Казахстан<br>гемопоэтических стволовых клеток,<br>костного<br>мозга в случае их перемещения с целью<br>проведения неродственной<br>трансплантации,<br>а также образцов клеток, тканей,<br>биологических<br>жидкостей и секретов, в том числе<br>продуктов<br>жизнедеятельности человека,<br>физиологических и<br>патологических выделений, мазков,<br>соскобов, смывов,<br>предназначенных для диагностических<br>целей или<br>полученных в процессе проведения<br>биомедицинских исследований" |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

форма

ЗАЯВЛЕНИЕ

для получения заключения (разрешительного документа)

на ввоз на территорию Республики Казахстан и (или) вывоз с

территории Республики Казахстан гемопоэтических

стволовых клеток, костного мозга человека в случае их

перемещения с целью проведения неродственной трансплантации

---

(наименование импортирующей (экспортирующей) организации,

юридический адрес, БИН)

Просит разрешить ввоз(вывоз) на (с) территорию (территории)

Республики Казахстан согласно контракту № \_\_\_\_\_от \_\_\_\_\_(дата)

гемопоэтических стволовых клеток, костного мозга в целях проведения

неродственной трансплантации

---

(наименование, количество)

---

(указать конкретную цель ввоза/вывоза)

Получатель/отправитель \_\_\_\_\_

(название, юридический адрес, страна)

Страна назначения/отправления \_\_\_\_\_

Разрешение (прилагается оригинал) уполномоченного органа в

области здравоохранения страны-импортера № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

Прилагаются следующие документы: \_\_\_\_\_

Настоящим даю согласие на использование сведений, содержащихся в

информационных ресурсах.

(наименование должности руководителя организации, подпись, (фамилия,

имя, отчество (при его наличии)

Приложение 6 к стандарту  
государственной услуги  
"Выдача заключений (разрешительных  
документов)  
на ввоз на территорию Республики  
Казахстан  
и вывоз с территории Республики  
Казахстан  
гемопоэтических стволовых клеток,  
костного  
мозга в случае их перемещения с целью  
проведения неродственной  
трансплантации,  
а также образцов клеток, тканей,  
биологических  
жидкостей и секретов, в том числе  
продуктов  
жизнедеятельности человека,  
физиологических и  
патологических выделений, мазков,  
соскобов, смывов,  
предназначенных для диагностических  
целей или  
полученных в процессе проведения  
биомедицинских исследований"

форма

ЗАЯВЛЕНИЕ

на переоформление заключения (разрешительного документа)

на ввоз на территорию Республики Казахстан и (или) вывоз с

территории Республики Казахстан гемопоэтических

стволовых клеток, костного мозга человека в случае их

перемещения с целью проведения неродственной трансплантации

---

(наименование импортирующей (экспортирующей) организации,

юридический адрес, БИН)

Просит переоформить заключение (№ ранее выданного

свидетельства, от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20 года, в связи с \_\_\_\_\_

(указать причину)

Настоящим даю согласие на использование сведений, содержащихся

в информационных ресурсах.

\_\_\_\_\_

(наименование должности руководителя организации, подпись, (фамилия,

имя, отчество (при его наличии)

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Приложение 7 к стандарту государственной услуги "Выдача заключений (разрешительных документов) на ввоз на территорию Республики Казахстан и вывоз с территории Республики Казахстан гемопоэтических стволовых клеток, костного мозга в случае их перемещения с целью проведения неродственной трансплантации, а также образцов клеток, тканей, биологических жидкостей и секретов, в том числе продуктов жизнедеятельности человека, физиологических и патологических выделений, мазков, соскобов, смывов, предназначенных для диагностических целей или полученных в процессе проведения биомедицинских исследований" |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

форма

ЗАЯВЛЕНИЕ

на выдачу дубликата заключения (разрешительного документа)

на ввоз на территорию Республики Казахстан и (или) вывоз с

территории Республики Казахстан гемопоэтических

стволовых клеток, костного мозга человека в случае их

перемещения с целью проведения неродственной трансплантации

---

(наименование импортирующей (экспортирующей) организации,

юридический адрес, БИН)

Просит выдать дубликат заключение (№ ранее выданного

свидетельства, от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20 года, в связи с \_\_\_\_\_

(указать причину)

Настоящим даю согласие на использование сведений, содержащихся

в информационных ресурсах.

---

(наименование должности руководителя организации, подпись, (фамилия,

имя, отчество (при его наличии)

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Приложение 8 к стандарту<br>государственной услуги<br>"Выдача заключений (разрешительных<br>документов)<br>на ввоз на территорию Республики<br>Казахстан<br>и вывоз с территории Республики<br>Казахстан<br>гемопоэтических стволовых клеток,<br>костного<br>мозга в случае их перемещения с целью |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

проведения неродственной  
трансплантации,  
а также образцов клеток, тканей,  
биологических  
жидкостей и секретов, в том числе  
продуктов  
жизнедеятельности человека,  
физиологических и  
патологических выделений, мазков,  
соскобов, смывов,  
предназначенных для диагностических  
целей или  
полученных в процессе проведения  
биомедицинских исследований"

форма

ЗАЯВЛЕНИЕ

для получения заключения (разрешительного документа)

на ввоз на территорию Республики Казахстан и (или)

вывоз с территории Республики Казахстан образцов клеток,

тканей, биологических жидкостей и секретов,

в том числе продуктов жизнедеятельности человека

физиологических и патологических выделений,

мазков, соскобов, смывов, предназначенных для

(диагностических целей) или (полученных в процессе проведения

биомедицинских исследований)

\_\_\_\_\_ (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(наименование импортирующей (экспортирующей) организации,

юридический адрес, БИН)

Просит разрешить ввоз/вывоз на (с) территорию (территории)

Республики Казахстан согласно контракту № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ (дата)

образцов клеток, тканей, биологических жидкостей и секретов, в том

числе продуктов жизнедеятельности человека, физиологических и

патологических выделений, мазков, соскобов, смывов \_\_\_\_\_

(наименование, количество)

Для диагностических целей, полученных в процессе проведения

биомедицинских исследований \_\_\_\_\_

(цель ввоза/вывоза, нужно подчеркнуть)

Разрешение (прилагается оригинал) уполномоченного органа в

области здравоохранения страны-импортера № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

Прилагаются следующие документы: \_\_\_\_\_

Настоящим даю согласие на использование сведений, содержащихся в

информационных ресурсах.

(наименование должности руководителя организации) (подпись, фамилия, имя, отчество (при его наличии))

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Приложение 9 к стандарту<br>государственной услуги<br>"Выдача заключений (разрешительных<br>документов)<br>на ввоз на территорию Республики<br>Казахстан<br>и вывоз с территории Республики<br>Казахстан<br>гемопоэтических стволовых клеток,<br>костного<br>мозга в случае их перемещения с целью<br>проведения неродственной |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

трансплантации,  
а также образцов клеток, тканей,  
биологических  
жидкостей и секретов, в том числе  
продуктов  
жизнедеятельности человека,  
физиологических и  
патологических выделений, мазков,  
соскобов, смывов,  
предназначенных для диагностических  
целей или  
полученных в процессе проведения  
биомедицинских исследований"

форма

ЗАЯВЛЕНИЕ

для переоформление заключения (разрешительного документа)

на ввоз на территорию Республики Казахстан и (или)

вывоз с территории Республики Казахстан образцов клеток,

тканей, биологических жидкостей и секретов,

в том числе продуктов жизнедеятельности человека

физиологических и патологических выделений,

мазков, соскобов, смывов, предназначенных для

(диагностических целей) или (полученных в процессе проведения

биомедицинских исследований)

\_\_\_\_\_ (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(наименование импортирующей (экспортирующей) организации,

юридический адрес, БИН

Просит переоформить заключение (№ ранее выданного заключения,

от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20 года, в связи \_\_\_\_\_

(указать причину)

Настоящим даю согласие на использование сведений, содержащихся

в информационных ресурсах.

(наименование должности руководителя организации) (подпись,

фамилия, имя, отчество (при его наличии)

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Приложение 10 к стандарту<br>государственной услуги<br>"Выдача заключений (разрешительных<br>документов)<br>на ввоз на территорию Республики<br>Казахстан<br>и вывоз с территории Республики<br>Казахстан<br>гемопоэтических стволовых клеток,<br>костного<br>мозга в случае их перемещения с целью<br>проведения неродственной<br>трансплантации,<br>а также образцов клеток, тканей,<br>биологических<br>жидкостей и секретов, в том числе<br>продуктов<br>жизнедеятельности человека,<br>физиологических и<br>патологических выделений, мазков,<br>соскобов, смывов,<br>предназначенных для диагностических<br>целей или<br>полученных в процессе проведения<br>биомедицинских исследований" |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

форма

ЗАЯВЛЕНИЕ

на выдачу дубликата заключения (разрешительного документа)

на ввоз на территорию Республики Казахстан и (или)

вывоз с территории Республики Казахстан образцов клеток,

тканей, биологических жидкостей и секретов,

в том числе продуктов жизнедеятельности человека

физиологических и патологических выделений,

мазков, соскобов, смывов, предназначенных для

(диагностических целей) или (полученных в процессе проведения

биомедицинских исследований)

\_\_\_\_\_ (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_

(наименование импортирующей (экспортирующей) организации, юридический

адрес, БИН)

Просит выдать дубликат заключения (№ ранее выданного

заключения, от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20 года, в связи с \_\_\_\_\_

(указать причину).

Настоящим даю согласие на использование сведений, содержащихся

в информационных ресурсах.

\_\_\_\_\_

(наименование должности руководителя организации) (подпись,

фамилия, имя, отчество (при его наличии)

**Стандарт государственной услуги  
"Определение соответствия (несоответствия) потенциального  
поставщика услуг гарантированного объема бесплатной медицинской  
помощи предъявляемым требованиям"**

**1. Общие положения**

1. Государственная услуга "Определение соответствия (несоответствия) потенциального поставщика услуг гарантированного объема бесплатной медицинской помощи предъявляемым требованиям" (далее – государственная услуга).

2. Стандарт государственной услуги разработан Министерством здравоохранения и социального развития Республики Казахстан (далее – Министерство).

3. Государственная услуга оказывается территориальными департаментами Комитета оплаты медицинских услуг Министерства, Управлениями здравоохранения областей, городов Астаны и Алматы (далее – услугодатель) при непосредственном обращении субъекта здравоохранения, претендующего на оказание гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – услугополучателя) или его представителя к услугодателю.

Прием заявления и выдача результатов оказания государственной услуги осуществляются через :

1) услугодателя;

2) Некоммерческое акционерное общество "Государственная корпорация "Правительство для граждан" (далее – Государственная корпорация).

**Сноска. Пункт 3 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 27.01.2016 № 55 (порядок введения в действие см. п. 4).**

**2. Порядок оказания государственной услуги**

4. Срок оказания государственной услуги:

1) со дня истечения окончательного срока представления заявок на участие – не более 4 (четырёх) рабочих дней.

В случае необходимости установления достоверности представленных услугополучателем документов к заявке на участие – в течение 30 (тридцати) календарных дней.

При обращении в Государственную корпорацию день приема документов не входит в срок оказания государственной услуги.

2) максимально допустимое время ожидания для сдачи пакета документов – 15 (пятнадцать) минут.

3) максимально допустимое время обслуживания – 20 (двадцать) минут.

Сноска. Пункт 4 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 27.01.2016 № 55 (порядок введения в действие см. п. 4).

5. Результат оказания государственной услуги:

1) выписка из протокола о соответствии (несоответствии) требованиям, предъявляемым потенциальному поставщику, для участия в кампании прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь (далее – ПМСП) по форме согласно приложению 1 к настоящему стандарту государственной услуги;

2) выписка из протокола о соответствии (несоответствии) требованиям, предъявляемым потенциальному поставщику для участия в оказании гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП) по форме согласно приложению 2 к настоящему стандарту государственной услуги.

Сноска. Пункт 5 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 29.12.2016 № 1130 (вводится в действие с 01.01.2017).

6. Форма предоставления государственной услуги – бумажная.

7. Государственная услуга оказывается бесплатно субъектам здравоохранения: организациям здравоохранения и физическим лицам, занимающимся частной медицинской практикой.

8. График работы:

1) услугодателя – 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, согласно Трудовому кодексу Республики Казахстан.

Прием заявки и выдача результатов оказания государственной услуги устанавливается с 9-00 часов до 18-00 часов с перерывом на обед с 13-00 часов до 14-30 часов.

Государственная услуга оказывается в порядке очереди, без предварительной записи и ускоренного обслуживания.

2) Государственной корпорации – с понедельника по субботу включительно, в соответствии с графиком работы с 9-00 часов до 20-00 часов, без перерыва на обед, за исключением воскресенья и праздничных дней, согласно трудовому законодательству Республики Казахстан.

Государственная услуга оказывается в порядке "электронной очереди" без ускоренного обслуживания, возможно бронирование электронной очереди посредством портала.

Сноска. Пункт 8 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 27.01.2016 № 55 (порядок введения в действие см. п. 4).

9. Перечень документов, необходимых для оказания государственной услуги при обращении услугополучателя к услугодателю или в Государственную корпорацию:

Потенциальный поставщик, оказывающий ПМСП, для участия в кампании прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим ПМСП, представляет заявку на участие в процедуре определения потенциальных поставщиков для участия в кампании прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим ПМСП (далее – заявка на участие), согласно приложению 3 к настоящему стандарту государственной услуги с приложением следующих документов:

1) нотариально засвидетельствованные копии:

свидетельства или справки о государственной регистрации (перерегистрации) юридического лица (электронная версия справки нотариально не свидетельствуется);

документа, предоставляющего право на осуществление предпринимательской деятельности без образования юридического лица, выданного соответствующим государственным органом (для физического лица);

договора доверительного управления (при его наличии);

лицензии на занятие медицинской деятельностью и приложений к ним, подтверждающих право потенциального поставщика ПМСП на оказание соответствующей медицинской помощи (электронные лицензия и приложения к ней нотариально не свидетельствуется);

2) копии:

документа, удостоверяющего личность (для физического лица);

устава (в случае, если в уставе не указан состав учредителей, участников или акционеров, также представляются выписка о составе учредителей, участников или копия учредительного договора, или выписка из реестра держателей акций);

свидетельства об аккредитации (при его наличии);

3) сведения о квалификации медицинских работников с медицинским образованием по форме согласно приложению 4 к настоящему стандарту государственной услуги (при наличии свидетельства об аккредитации выданного в соответствии с Правилами аккредитации в области здравоохранения, утвержденных приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 10 марта 2015 года № 127 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов Республики Казахстан за № 10735) данные сведения не представляются).

Потенциальный поставщик, претендующий, на оказание ГОБМП, представляет заявку на участие в процедуре выбора поставщика услуг гарантированного объема бесплатной медицинской помощи согласно приложению 5 к настоящему стандарту государственной услуги с приложением следующих документов:

1) нотариально засвидетельствованные копии:

свидетельства или справки о государственной регистрации (перерегистрации) юридического лица (электронная версия справки нотариально не свидетельствуется);

документа, предоставляющего право на осуществление предпринимательской деятельности без образования юридического лица, выданного соответствующим государственным органом (для физического лица);

договора доверительного управления (при наличии);

лицензии на занятие медицинской деятельностью и приложений к ним, подтверждающих право на оказание заявленных медицинских услуг и расположение производственной базы потенциального поставщика по месту их оказания на территории, указанной заказчиком в извещении об осуществлении процедуры выбора поставщика (электронные лицензия и приложения к ней нотариально не свидетельствуется);

лицензии на осуществление деятельности в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров и приложения к ней (электронные лицензия и приложения к ней нотариально не свидетельствуется), в случае подачи заявки на оказание стационарной медицинской помощи (при необходимости);

лицензии и (или) приложений к лицензии в сфере использования атомной энергии, подтверждающих право на оказание заявленных медицинских услуг (электронные лицензия и приложения к ней нотариально не свидетельствуется) (при необходимости);

2) копии:

документа, удостоверяющего личность (для физического лица);

устава (в случае, если в уставе не указан состав учредителей, участников или акционеров, также представляются выписка о составе учредителей, участников или нотариально засвидетельствованная копия учредительного договора, или выписка из реестра держателей акций);

свидетельства об аккредитации (при его наличии);

документа, подтверждающего наличие сертифицированной системы (сертифицированных систем) менеджмента качества в соответствии с требованиями национальных стандартов по оказываемым услугам (при его наличии);

заключения проведенной оценки соответствия медицинской организации к оказанию высокотехнологичных медицинских услуг, выданного территориальным департаментом Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности в порядке определенном статьей 42 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения" (далее – Кодекса) (в случае подачи заявки на оказание консультативно-диагностической помощи, стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи);

решения уполномоченного органа о включении потенциального поставщика в перечень организаций здравоохранения по изъятию, заготовке, хранению, консервации, транспортировке тканей (части ткани) или органов (части органов) и трансплантации тканей (части тканей) или органов (части органов) в порядке, определенном Правилами формирования перечня организаций здравоохранения по изъятию, заготовке, хранению, консервации, транспортировке тканей (части ткани), или органов (части органов) и трансплантации тканей (части тканей) или органов (части органов), утвержденными приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 29 июня 2015 года № 534 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов Республики Казахстан за № 11743), в случае подачи заявки на участие по оказанию высокотехнологичных медицинских услуг (далее - ВТМУ);

3) гарантийное обязательство по форме согласно приложению 6 к настоящему стандарту государственной услуги с приложением информации, подтверждающей наличие у него запаса материальных ресурсов на срок не менее одного месяца по лекарственным средствам и изделиям медицинского назначения, по продуктам питания с подтверждением организации питания при самостоятельном участии или с привлечением на договорной основе объекта общественного питания, соответствующего требованиям Санитарных правил "Санитарно-эпидемиологические требования к объектам общественного питания", утвержденных приказом Министра национальной экономики Республики Казахстан от 19 марта 2015 года № 234 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов Республики Казахстан за № 10982) (в случае подачи заявки на оказание стационарной медицинской помощи и стационарозамещающей медицинской помощи при оказании услуг программного амбулаторного гемодиализа);

4) гарантийное письмо о соответствии стандартам в области здравоохранения в соответствии с подпунктом 6) статьи 7 Кодекса (при наличии свидетельства об аккредитации гарантийное письмо не представляется) по форме согласно приложению 7 к настоящему стандарту государственной услуги ;

5) гарантийное обязательство по форме согласно приложению 8 к настоящему стандарту государственной услуги с приложением информации, подтверждающей наличие транспортного средства или привлечение организации, оказывающей транспортные услуги, на договорной основе (в случае подачи заявки на оказание первичной медико-санитарной помощи, стационарозамещающей медицинской помощи при оказании услуг программного амбулаторного гемодиализа);

6) информация о кредиторской задолженности на текущий период;

7) сведения о квалификации медицинских работников с медицинским образованием по форме согласно приложению 4 к настоящему стандарту государственной услуги (при наличии свидетельства об аккредитации выданного в соответствии с Правилами аккредитации в области здравоохранения, утвержденных приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 10 марта 2015 года № 127 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов Республики Казахстан за № 10735) данные сведения не представляются);

8) сведения о видах и формах медицинской помощи по форме согласно приложению 9 к настоящему стандарту государственной услуги;

9) выписка из протокола по итогам кампании прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим ПМСП по форме согласно приложению 10 к настоящему стандарту государственной услуги или сведения о численности прикрепленного населения к потенциальным поставщикам ПМСП, не участвовавших в кампании прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, по форме согласно приложению 11 к настоящему стандарту государственной услуги;

10) сведения о коечном фонде по форме согласно приложению 12 к настоящему стандарту государственной услуги;

11) сведения о наличии медицинской техники по форме согласно приложению 13 к настоящему стандарту государственной услуги.

Услугополучатель, не являющийся резидентом Республики Казахстан, представляет те же документы, что и услугополучатель, являющийся резидентом Республики Казахстан.

Заявка на участие и прилагаемые к ней документы подписываются руководителем потенциального поставщика.

Заявка на участие представляется в прошитом виде с пронумерованными страницами без исправлений и помарок. При этом последняя страница заявки заверяется подписью первого руководителя и скрепляется печатью (при наличии).

Допускается предоставление заявки на участие и документов, прилагаемых к ней, доверенным лицом потенциального поставщика на основании доверенности на право подачи заявки на участие, выданной потенциальным поставщиком, заверенной подписью руководителя и скрепленной печатью (при наличии).

**Сноска. Пункт 9 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 29.12.2016 № 1130 (вводится в действие с 01.01.2017).**

10. Заявка на участие согласно приложению 3 к настоящему стандарту государственной услуги представляется услугополучателем до истечения окончательного срока представления заявок на участие, указанного услугодателем в объявлении о проведении процедуры определения потенциальных поставщиков для участия в кампании прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим ПМСП.

Заявка на участие в процедуре выбора поставщика услуг гарантированного объема бесплатной медицинской помощи согласно приложению 5 к настоящему стандарту государственной услуги представляется услугополучателем в течение пяти рабочих дней со дня размещения услугодателем объявления об осуществлении процедуры выбора поставщика.

**Сноска. Пункт 10 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 29.12.2016 № 1130 (вводится в действие с 01.01.2017).**

11. При подаче услугополучателем всех необходимых документов услугодателю нарочно подтверждением принятия заявки является регистрация секретарем комиссии в журнале регистрации заявок.

При приеме документов через Государственную корпорацию услугополучателю выдается расписка о приеме соответствующих документов.

Сноска. Пункт 11 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 30.09.2016 № 831 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

12. Услугодатель осуществляет выдачу услугополучателю (либо его представителю по нотариально заверенной доверенности) результата оказания государственной услуги в течение одного месяца после окончания срока оказания государственной услуги. По истечении указанного срока выдача результата оказания государственной услуги осуществляется по запросу услугополучателя.

В Государственной корпорации выдача услугополучателю результата оказания государственной услуги осуществляется на основании расписки, при предъявлении удостоверения личности услугополучателя (либо его представителя по нотариально заверенной доверенности).

Государственная корпорация обеспечивает хранение результата оказания государственной услуги в течение одного месяца, после чего передает услугодателю для дальнейшего хранения. При обращении услугополучателя в Государственную корпорацию по истечении одного месяца со дня выдачи указанного в расписке за результатом оказания государственной услуги, по запросу Государственной корпорации услугодатель в течение одного рабочего дня направляет результат оказания государственной услуги в Государственную корпорацию для выдачи.

Сноска. Пункт 12 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 27.01.2016 № 55 (порядок введения в действие см. п. 4).

13. В случае предоставления услугополучателем неполного пакета документов согласно перечню, предусмотренному пунктом 9 настоящего стандарта государственной услуги, работник Государственной корпорации отказывает в приеме заявки на участие и выдает расписку об отказе в приеме документов по форме согласно приложению 14 к настоящему стандарту государственной услуги .

Сноска. Пункт 13 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 29.12.2016 № 1130 (вводится в действие с 01.01.2017).

### **3. Порядок обжалования решений, действий (бездействия) услугодателя и (или) его должностных лиц по вопросам оказания государственной услуги**

14. Обжалование решений, действий (бездействия) услугодателя и (или) его должностных лиц по вопросам оказания государственных услуг: жалоба подается на имя руководителя услугодателя, соответствующего местного исполнительного органа, указанного в пункте 13 настоящего стандарта государственной услуги или Министерства, по адресу: 010000, г. Астана, улица Орынбор, 8, Дом Министерств, подъезд № 5.

Жалобы принимаются в письменной форме по почте либо нарочно через услугодателя, канцелярию соответствующего местного исполнительного органа или Министерства.

Подтверждением принятия жалобы услугодателем, в канцелярии соответствующего местного исполнительного органа или Министерства, является ее регистрация (штамп, входящий номер и дата регистрации проставляются на втором экземпляре жалобы или в сопроводительном письме к жалобе).

В случае некорректного обслуживания работником Государственной корпорации, жалоба подается на имя руководителя Государственной корпорации.

Подтверждением принятия жалобы в Государственную корпорацию, поступившей как нарочно, так и почтой, является ее регистрация (штамп, входящий номер и дата регистрации проставляются на втором экземпляре жалобы или сопроводительном письме к жалобе).

При обращении через портал информацию о порядке обжалования можно получить по телефону Единого контакт-центра государственной услуги 1414.

При отправке жалобы через портал услугополучателю из "личного кабинета" доступна информация об обращении, которая обновляется в ходе обработки обращения услугодателем (отметки о доставке, регистрации, исполнении, ответ о рассмотрении или отказе в рассмотрении).

В жалобе услугополучателя:

- 1) физического лица – указываются его фамилия, имя, отчество (при его наличии), почтовый адрес;
- 2) юридического лица – его наименование, почтовый адрес, исходящий номер и дата.

Жалоба услугополучателя, поступившая в адрес услугодателя, соответствующего местного исполнительного органа, Министерства или Государственной корпорации, подлежит рассмотрению в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня ее регистрации.

Мотивированный ответ о результатах рассмотрения жалобы направляется услугополучателю посредством почтовой связи либо выдается нарочно в помещении услугодателя, в канцелярии соответствующего местного исполнительного органа, Министерства или Государственной корпорации.

В случае несогласия с результатами оказанной государственной услуги услугополучатель может обратиться с жалобой в уполномоченный орган по оценке и контролю за качеством оказания государственных услуг.

Жалоба услугополучателя, поступившая в адрес уполномоченного органа по оценке и контролю за качеством оказания государственных услуг, подлежит рассмотрению в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня ее регистрации.

Сноска. Пункт 14 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 27.01.2016 № 55 (порядок введения в действие см. п. 4).

15. В случаях несогласия с результатами оказанной государственной услуги услугополучатель имеет право обратиться в суд в установленном законодательством Республики Казахстан порядке.

#### **4. Иные требования с учетом особенностей оказания государственной услуги**

16. Адреса мест оказания государственной услуги размещены на интернет-ресурсе:

Министерства – [www.mzsr.gov.kz](http://www.mzsr.gov.kz);

Управлений здравоохранения областей, городов Астаны и Алматы;

Государственной корпорации – [www.con.gov.kz](http://www.con.gov.kz).

на стендах в помещениях услугодателя.

Сноска. Пункт 16 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 27.01.2016 № 55 (порядок введения в действие см. п. 4).

17. 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 по вопросам оказания государственных услуг.

18. Контактные телефоны справочных служб по вопросам оказания государственной услуги размещены на интернет-ресурсе Министерства, соответствующего местного исполнительного органа. Единый контакт-центр по вопросам оказания государственных услуг: 1414.

|  |                                                                                                                                                                                                                                |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Приложение 1<br>к стандарту государственной услуги<br>"Определение соответствия ( несоответствия)<br>потенциального поставщика услуг<br>гарантированного объема бесплатной<br>медицинской помощи предъявляемым<br>требованиям" |
|  | Форма                                                                                                                                                                                                                          |

Сноска. Приложение 1 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 29.12.2016 № 1130 (вводится в действие с 01.01.2017).

**Выписка из протокола о соответствии (несоответствии) требованиям, предъявляемым потенциальному поставщику, для участия в кампании прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь\***

"\_\_" \_\_\_\_ 20\_\_ года

\_\_\_\_\_  
(местонахождение)

Комиссия, созданная приказом \_\_\_\_\_  
(наименование УЗ)

от \_\_\_\_\_ 20\_\_ года № \_\_\_\_\_  
(название приказа)

по результатам рассмотрения заявки на участие в процедуре определения потенциальных поставщиков для участия в кампании прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, на \_\_\_\_\_ год путем открытого голосования РЕШИЛА:

\_\_\_\_\_  
(наименование потенциального поставщика)  
соответствует (не соответствует) требованиям, предъявляемым Правилами выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и возмещения его затрат, утвержденных приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 июля 2015 года № 638 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов Республики Казахстан за № 11960) и допущен (не допущен) к участию кампании прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим ПМСП по следующим основаниям:

\_\_\_\_\_  
(указать основание)

Руководитель УЗ \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись)

Место печати

|  |                                                                                                                                                                                                                                |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Приложение 2<br>к стандарту государственной услуги<br>"Определение соответствия ( несоответствия)<br>потенциального поставщика услуг<br>гарантированного объема бесплатной<br>медицинской помощи предъявляемым<br>требованиям" |
|  | Форма                                                                                                                                                                                                                          |

Сноска. Приложение 2 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 29.12.2016 № 1130 (вводится в действие с 01.01.2017).

**Выписка из протокола о соответствии (несоответствии) требованиям,  
предъявляемым к потенциальному поставщику для участия в оказании  
гарантированного объема бесплатной медицинской помощи**

\_\_\_\_\_  
(местонахождение)

"\_\_" \_\_\_\_ 20\_\_ года

Комиссия, созданная приказом \_\_\_\_\_

(наименование заказчика)

от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года № \_\_\_\_

(название приказа)

по результатам рассмотрения заявки на участие в процедуре выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи путем открытого голосования РЕШИЛА: \_\_\_\_\_

(наименование потенциального поставщика)

соответствует (не соответствует) требованиям, предъявляемым Правилами выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и возмещения его затрат, утвержденными приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 июля 2015 года № 638 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов Республики Казахстан за № 11960) и допущен (не допущен) к участию в процедуре размещения гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на \_\_\_\_\_ год по следующим основаниям: \_\_\_\_\_

(указать основание)

Руководитель заказчика \_\_\_\_\_

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

Место печати

|  |                                                                                                                                                                                                                                |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Приложение 3<br>к стандарту государственной услуги<br>"Определение соответствия ( несоответствия)<br>потенциального поставщика услуг<br>гарантированного объема бесплатной<br>медицинской помощи предъявляемым<br>требованиям" |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Сноска. Приложение 3 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 29.12.2016 № 1130 (вводится в действие с 01.01.2017).

|  |       |
|--|-------|
|  | Форма |
|--|-------|

от \_\_\_\_\_

(наименование потенциального поставщика)

### Заявка

на участие в процедуре определения потенциальных поставщиков для участия в кампании прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь

1. Сведения о юридическом (физическом) лице, претендующем на участие в процедуре определения потенциальных поставщиков для участия в кампании прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь (далее – потенциальный поставщик ПМСП):

юридический, почтовый адрес и контактные телефоны потенциального поставщика ПМСП;

банковские реквизиты потенциального поставщика ПМСП (ИИН, БИН, ИИК), а

также полное наименование и адрес банка или его филиала, в котором потенциальный поставщик ПМСП обслуживается;

фамилия, имя, отчество (при его наличии) руководителя потенциального поставщика ПМСП.

2. \_\_\_\_\_  
(наименование потенциального поставщика)

настоящей заявкой выражает желание принять участие в процедуре определения потенциальных поставщиков для участия в кампании прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в качестве потенциального поставщика в соответствии с требованиями и условиями, предусмотренными Правилами выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и возмещения его затрат, утвержденных приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 июля 2015 года № 638 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов Республики Казахстан за № 11960).

3. Настоящей заявкой подтверждает отсутствие нарушений требований, предъявляемых к потенциальному поставщику и достоверность представленных сведений.

Приложение:

\_\_\_\_\_  
(наименование документа с указанием количества страниц)

\_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)  
руководителя потенциального поставщика ПМСП, подпись)

Место печати (при наличии)

Дата заполнения \_\_\_\_\_

|  |                                                                                                                                                                                                                                |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Приложение 4<br>к стандарту государственной услуги<br>"Определение соответствия ( несоответствия)<br>потенциального поставщика услуг<br>гарантированного объема бесплатной<br>медицинской помощи предъявляемым<br>требованиям" |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Сноска. Приложение 4 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 29.12.2016 № 1130 (вводится в действие с 01.01.2017).

|  |       |
|--|-------|
|  | Форма |
|--|-------|

#### Сведения о квалификации медицинских работников с медицинским образованием

\_\_\_\_\_  
(наименование потенциального поставщика)

| № п / п | Фамилия, имя, отчество (при ИИН) | Занимаемая должность | Образование (№ диплома, наименование учебного заведения) | Общий медицинский стаж | Стаж по специальности | Сертификат специалиста с ( без) присвоением(-я) | Документ о повышении квалификации за последние 5 лет (при наличии) | Документ о наличии ученой степени, звания (при наличии) |
|---------|----------------------------------|----------------------|----------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|---------|----------------------------------|----------------------|----------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|

|   |   | его<br>наличия<br>) |   | заведения и<br>год<br>окончания) |   |   | квалификационной<br>категории (№ и<br>дата выдачи) | его наличии<br>) | его нали'<br>) |
|---|---|---------------------|---|----------------------------------|---|---|----------------------------------------------------|------------------|----------------|
| 1 | 2 | 3                   | 4 | 5                                | 6 | 7 | 8                                                  | 9                | 10             |
|   |   |                     |   |                                  |   |   |                                                    |                  |                |

Примечание:

\*при наличии свидетельства об аккредитации данные сведения не представляются.

(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) руководителя потенциального поставщика, подпись)

Место печати (при наличии)

|  |                                                                                                                                                                                                                                             |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>Приложение 5<br/>к стандарту государственной услуги<br/>"Определение соответствия ( несоответствия)<br/>потенциального поставщика услуг<br/>гарантированного объема бесплатной<br/>медицинской помощи предъявляемым<br/>требованиям"</p> |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Сноска. Приложение 5 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 29.12.2016 № 1130 (вводится в действие с 01.01.2017).

|  |       |
|--|-------|
|  | Форма |
|--|-------|

от \_\_\_\_\_  
(наименование потенциального поставщика)

**Заявка  
на участие в процедуре выбора поставщика услуг гарантированного объема  
бесплатной медицинской помощи**

1. Сведения о юридическом (физическом) лице, претендующем на участие в процедуре выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – потенциальный поставщик):

юридический, почтовый адрес и контактные телефоны потенциального поставщика;

банковские реквизиты потенциального поставщика (ИИН, БИН, ИИК), а также полное наименование и адрес банка или его филиала, в котором потенциальный поставщик обслуживается;

фамилия, имя, отчество (при его наличии) руководителя потенциального поставщика.

2. Заявляет на следующий (-ие) вид (-ы) медицинской помощи: \_\_\_\_\_, по форме (-ам) медицинской помощи: \_\_\_\_\_, в том числе по следующим высокотехнологичным медицинским услугам (ВТМУ) \_\_\_\_\_.

3. \_\_\_\_\_  
(наименование потенциального поставщика)

настоящей заявкой выражает желание принять участие в процедуре выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи в качестве

потенциального поставщика в соответствии с требованиями и условиями, предусмотренными Правилами выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и возмещения его затрат, утвержденными приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 июля 2015 года № 638 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов Республики Казахстан за № 11960).

4. Настоящей заявкой подтверждает отсутствие нарушений требований, предъявляемых к потенциальному поставщику и достоверность представленных сведений.

Приложение:

\_\_\_\_\_  
(наименование документа с указанием количества страниц)

\_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии),  
руководителя потенциального поставщика, подпись)

Место печати (при наличии)

Дата заполнения \_\_\_\_\_

Примечание:

\* заполняется в случае привлечения субподрядчика (-ов).

|  |                                                                                                                                                                                                                                |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Приложение 6<br>к стандарту государственной услуги<br>"Определение соответствия ( несоответствия)<br>потенциального поставщика услуг<br>гарантированного объема бесплатной<br>медицинской помощи предъявляемым<br>требованиям" |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Сноска. Приложение 6 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 29.12.2016 № 1130 (вводится в действие с 01.01.2017).

|  |       |
|--|-------|
|  | Форма |
|--|-------|

### Гарантийное обязательство

\_\_\_\_\_  
(наименование потенциального поставщика)

гарантирует наличие запаса лекарственных средств, изделий медицинского назначения и продуктов питания на срок не менее одного месяца для обеспечения бесперебойного осуществления медицинской помощи с приложением следующей информации:

1. Информация о запасах лекарственных средств

| № п/п | Наименование лекарственного средства | Единица измерения | Количество | Сумма, тенге |
|-------|--------------------------------------|-------------------|------------|--------------|
| 1     | 2                                    | 3                 | 4          | 5            |
|       |                                      |                   |            |              |

## 2. Информация о запасах изделий медицинского назначения

| № п/п | Наименование изделий медицинского назначения | Единица измерения | Количество | Сумма, тенге |
|-------|----------------------------------------------|-------------------|------------|--------------|
| 1     | 2                                            | 3                 | 4          | 5            |
|       |                                              |                   |            |              |

## 3. Информация о запасах продуктов питания

| № п/п | Наименование продуктов питания | Единица измерения | Количество | Сумма, тенге |
|-------|--------------------------------|-------------------|------------|--------------|
| 1     | 2                              | 3                 | 4          | 5            |
|       |                                |                   |            |              |

### Примечание:

\*в случае привлечения на договорной основе объекта общественного питания, соответствующего требованиям Санитарных правил "Санитарно-эпидемиологические требования к объектам общественного питания", утвержденных приказом Министра национальной экономики Республики Казахстан от 19 марта 2015 года № 234 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов Республики Казахстан за № 10982) прилагаются копии заключенных договоров на проведение услуг по организации питания больным:

| № п/п | БИН/ИИН | Наименование поставщика | № и дата договора | Адрес местонахождения поставщика |
|-------|---------|-------------------------|-------------------|----------------------------------|
| 1     | 2       | 3                       | 4                 | 5                                |
|       |         |                         |                   |                                  |

\_\_\_\_\_  
 (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)  
 руководителя потенциального поставщика, подпись)  
 Место печати (при наличии)

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>Приложение 7<br/>         к стандарту государственной услуги<br/>         "Определение соответствия ( несоответствия)<br/>         потенциального поставщика услуг<br/>         гарантированного объема бесплатной<br/>         медицинской помощи предъявляемым<br/>         требованиям"</p> |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Сноска. Приложение 7 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 29.12.2016 № 1130 (вводится в действие с 01.01.2017).

|  |       |
|--|-------|
|  | Форма |
|--|-------|

**Гарантийное письмо  
 о соответствии стандартам в области здравоохранения**

**(наименование потенциального поставщика)**

при заключении договора на весь период его действия гарантирует о соответствии стандартам в области здравоохранения

согласно

(указать номер и дату, и полное наименование нормативно-правового акта, утвержденного уполномоченным органом)

(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)  
руководителя потенциального поставщика его подпись)

Место печати (при наличии)

Приложение 8  
к стандарту государственной услуги  
"Определение соответствия ( несоответствия)  
потенциального поставщика услуг  
гарантированного объема бесплатной  
медицинской помощи предъявляемым  
требованиям"

Сноска. Приложение 8 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 29.12.2016 № 1130 (вводится в действие с 01.01.2017).

Форма

**Гарантийное обязательство**

**(наименование потенциального поставщика)**

гарантирует наличие транспортного средства для обеспечения бесперебойного осуществления медицинской помощи с приложением следующей информации:

1. Информация о наличии транспортных средств:

| № п/п | Наименование транспортного средства | Единица измерения | Количество |
|-------|-------------------------------------|-------------------|------------|
| 1     | 2                                   | 3                 | 4          |
|       |                                     |                   |            |

Примечание:

\*В случае привлечения организации, оказывающей транспортные услуги, прилагаются копии заключенных договоров по предоставлению транспортных услуг:

| № п/п | БИН/ИИН | Наименование поставщика | № и дата договора | Адрес местонахождения поставщика |
|-------|---------|-------------------------|-------------------|----------------------------------|
| 1     | 2       | 3                       | 4                 | 5                                |
|       |         |                         |                   |                                  |

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

руководителя потенциального поставщика, подпись)  
Место печати (при наличии)

Приложение 9  
к стандарту государственной услуги  
"Определение соответствия ( несоответствия)  
потенциального поставщика услуг  
гарантированного объема бесплатной  
медицинской помощи предъявляемым  
требованиям"

Сноска. Приложение 9 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 29.12.2016 № 1130 (вводится в действие с 01.01.2017).

Форма

### Сведения о видах и формах медицинской помощи

(наименование потенциального поставщика)

1. Сведения о количестве прикрепленного населения к организации ПМСП за последние 3 года\*:

| Объемы медицинской помощи |                 |            |                 |            |                 |
|---------------------------|-----------------|------------|-----------------|------------|-----------------|
| 20__ год                  |                 | 20__ год   |                 | 20__ год   |                 |
| Количество                | Сумма (в тенге) | Количество | Сумма (в тенге) | Количество | Сумма (в тенге) |
|                           |                 |            |                 |            |                 |

Примечание:

\* указывается потенциальным поставщиком при наличии прикрепленного населения.

Если период оказания потенциальным поставщиком медицинской помощи составляет менее трех лет, сведения представляются за иной период.

2. Сведения о количестве оказанных КДУ услуг за последние 3 года\* и заявленные на период \_\_\_\_\_ в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи

| № п/п | Код услуги | Наименование услуги | Количество оказанных услуг |          |          | Заявка на 20__год |
|-------|------------|---------------------|----------------------------|----------|----------|-------------------|
|       |            |                     | 20__ год                   | 20__ год | 20__ год |                   |
|       |            |                     |                            |          |          |                   |

Примечание:

\* указывается потенциальным поставщиком.

Если период оказания потенциальным поставщиком медицинской помощи составляет менее трех лет, сведения представляются за иной период.

3. Сведения о перечне высокотехнологичных медицинских услуг\* (далее – ВТМУ), оказанных за последние 3 года\*\* и заявленные на период \_\_\_\_\_ в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи \*\*\*

| №<br>п/<br>п | Код<br>по<br>МКБ<br>9 | Наименование<br>технологии<br>ВТМУ | Объем услуг по<br>технологиям ВТМУ |             |             |                          | № и дата заключения на соответствие его<br>требованиям к оказанию медицинской помощи<br>по перечню технологий на заявленный<br>период |
|--------------|-----------------------|------------------------------------|------------------------------------|-------------|-------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|              |                       |                                    | 20__<br>год                        | 20__<br>год | 20__<br>год | Заявка<br>на 20__<br>год |                                                                                                                                       |
|              |                       |                                    |                                    |             |             |                          |                                                                                                                                       |

Примечание:

\* заполняется в случае заявки потенциальным поставщиком на оказание технологий ВТМУ;

\*\* если период оказания потенциальным поставщиком медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи составляет менее трех лет, сведения представляются за фактический период оказания услуг ВТМУ.

\*\*\* в случае изменения перечня технологий ВТМУ в пределах суммы договора в период действия договора поставщик предоставляет заказчику заключение, выданное в порядке, определяемом уполномоченным органом.

4. Сведения об объеме услуг амбулаторного программного гемодиализа за последние 3 года\* и заявленные на период \_\_\_\_\_ в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи

| Объемы медицинской помощи |                       |                           |                       |                       |                           |                       |                       |                           |                       |
|---------------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|
| 20__ год                  |                       |                           | 20__ год              |                       |                           | 20__ год              |                       |                           | Заявка на 2           |
| Количество<br>больных     | Количество<br>сеансов | Сумма<br>(в<br>тенге<br>) | Количество<br>больных | Количество<br>сеансов | Сумма<br>(в<br>тенге<br>) | Количество<br>больных | Количество<br>сеансов | Сумма<br>(в<br>тенге<br>) | Количество<br>больных |
|                           |                       |                           |                       |                       |                           |                       |                       |                           |                       |

Примечание:

\* если период оказания потенциальным поставщиком медицинской помощи составляет менее трех лет, сведения представляются за иной период.

5. Сведения о специализированной медицинской помощи за последние 3 года\* и заявленные на период \_\_\_\_\_ в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи

| Виды<br>медицинской<br>помощи | Формы<br>медицинской<br>помощи | Объемы медицинской помощи |                                      |                           |                    |                                      |                           |                    |                           |
|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------|--------------------------------------|---------------------------|--------------------|--------------------------------------|---------------------------|--------------------|---------------------------|
|                               |                                | 20__ год                  |                                      |                           | 20__ год           |                                      |                           | 20__ гс            |                           |
|                               |                                | Количество<br>коек        | Количество<br>пролеченных<br>случаев | Сумма<br>(в<br>тенге<br>) | Количество<br>коек | Количество<br>пролеченных<br>случаев | Сумма<br>(в<br>тенге<br>) | Количество<br>коек | Количе<br>пролеч<br>случ. |
|                               |                                |                           |                                      |                           |                    |                                      |                           |                    |                           |

Примечание:

\* если период оказания потенциальным поставщиком медицинской помощи составляет менее трех лет, сведения представляются за иной период.

(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) руководителя потенциального

поставщика, подпись)

Место печати (при наличии)

Приложение 10  
к стандарту государственной услуги  
"Определение соответствия ( несоответствия)  
потенциального поставщика услуг  
гарантированного объема бесплатной  
медицинской помощи предъявляемым  
требованиям"

Сноска. Приложение 10 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 29.12.2016 № 1130 (вводится в действие с 01.01.2017).

Форма

**Выписка из протокола по итогам кампании прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь**

"\_\_" \_\_\_\_ 20\_\_ года

(местонахождение)

Комиссия, созданная приказом \_\_\_\_\_  
(наименование УЗ)

от \_\_\_\_\_ 20\_\_ года № \_\_\_\_\_  
(название приказа)

по результатам рассмотрения итогов кампании прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, на \_\_\_\_\_ год путем открытого голосования РЕШИЛА: допустить (не допустить) к процедуре выбора поставщика в соответствии требованиями, предъявляемыми Правилами выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и возмещения его затрат, утвержденных приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 июля 2015 года № 638 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов Республики Казахстан за № 11960):

| № п/п | БИН / ИИН | Наименование потенциального поставщика ПМСП | Юридический адрес | Фамилия, имя, отчество (при его наличии) представителя, № удостоверения личности, кем выдан, дата выдачи | Численность прикрепленного населения, зарегистрированного в портале "РПН" |
|-------|-----------|---------------------------------------------|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 1     | 2         | 3                                           | 4                 | 5                                                                                                        | 6                                                                         |
|       |           |                                             |                   |                                                                                                          |                                                                           |

Руководитель УЗ \_\_\_\_\_

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

Место печати

|  |                                                                                                                                                                                                                                 |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Приложение 11<br>к стандарту государственной услуги<br>"Определение соответствия ( несоответствия)<br>потенциального поставщика услуг<br>гарантированного объема бесплатной<br>медицинской помощи предъявляемым<br>требованиям" |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Сноска. Приложение 11 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 29.12.2016 № 1130 (вводится в действие с 01.01.2017).

|  |       |
|--|-------|
|  | Форма |
|--|-------|

**Сведения о численности прикрепленного населения к потенциальным поставщикам  
ПМСП, не участвовавших в кампании прикрепления граждан Республики  
Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим  
первичную медико-санитарную помощь на \_\_\_\_\_ год**

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

(местонахождение)

Комиссия, созданная приказом \_\_\_\_\_

(наименование УЗ)

от \_\_\_\_\_ 20\_\_ года № \_\_\_\_\_

(название приказа)

по результатам кампании прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, на \_\_\_\_\_ год численность прикрепленного населения, зарегистрированного в портале "РПН" составляет:

| №<br>п<br>/<br>п | БИН<br>/<br>ИИН | Наименование<br>потенциального<br>поставщика<br>ПМСП | Юридический<br>адрес | Фамилия, имя, отчество (при<br>его наличии) представителя, №<br>удостоверения личности, кем<br>выдан, дата выдачи | Численность<br>прикрепленного<br>населения,<br>зарегистрированного<br>в портале "РПН"* |
|------------------|-----------------|------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                | 2               | 3                                                    | 4                    | 5                                                                                                                 | 6                                                                                      |
|                  |                 |                                                      |                      |                                                                                                                   |                                                                                        |

Примечание:

\* Численность прикрепленного населения, зарегистрированного в портале "РПН" по итогам кампании прикрепления

Руководитель субъекта информатизации \_\_\_\_\_

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

Место печати

Приложение 12  
к стандарту государственной услуги  
"Определение соответствия ( несоответствия)  
потенциального поставщика услуг  
гарантированного объема бесплатной  
медицинской помощи предъявляемым  
требованиям"

Сноска. Приказ дополнен Приложением 12 в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития РК от 29.12.2016 № 1130 (вводится в действие с 01.01.2017).

Форма

### Сведения о коечном фонде

(наименование потенциального поставщика)

| № п/п                                                                                                  | Наименование профиля койки | Число коек  |             |             |                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------|-------------|-------------|----------------------------|
|                                                                                                        |                            | 20__<br>год | 20__<br>год | 20__<br>год | Планируемое<br>на 20__ год |
| 1                                                                                                      | 2                          | 3           | 4           | 5           | 6                          |
| Для взрослого населения:                                                                               |                            |             |             |             |                            |
|                                                                                                        |                            |             |             |             |                            |
| Для детского населения:                                                                                |                            |             |             |             |                            |
|                                                                                                        |                            |             |             |             |                            |
| ИТОГО (общее количество коек для оказания<br>гарантированного объема бесплатной медицинской<br>помощи) |                            |             |             |             |                            |

Примечание:

\* если период оказания потенциальным поставщиком медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи составляет менее трех лет, сведения представляются за иной период.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) первого  
руководителя потенциального поставщика, подпись)  
Место печати (при наличии)

Приложение 13  
к стандарту государственной услуги  
"Определение соответствия ( несоответствия)  
потенциального поставщика услуг  
гарантированного объема бесплатной  
медицинской помощи предъявляемым  
требованиям"

Сноска. Приказ дополнен Приложением 13 в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития РК от 29.12.2016 № 1130 (вводится в действие с 01.01.2017).

|  |       |
|--|-------|
|  | Форма |
|--|-------|

### Сведения о наличии медицинской техники

(наименование потенциального поставщика)

| №<br>п/<br>п | Наименование<br>медицинской<br>техники | В том числе приобретенная на<br>условиях финансового лизинга<br>(да/нет) | Год<br>выпуска | Количество | Текущее состояние<br>медицинской<br>техники (в<br>рабочем/в<br>нерабочем) |
|--------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|----------------|------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 1            | 2                                      | 3                                                                        | 4              | 5          | 6                                                                         |
|              |                                        |                                                                          |                |            |                                                                           |

(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)  
руководителя потенциального поставщика, подпись)  
Место печати (при наличии)

|  |                                                                                                                                                                                                                                              |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>Приложение 14<br/>к стандарту государственной услуги<br/>"Определение соответствия ( несоответствия)<br/>потенциального поставщика услуг<br/>гарантированного объема бесплатной<br/>медицинской помощи предъявляемым<br/>требованиям"</p> |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Сноска. Приказ дополнен Приложением 14 в соответствии с приказом Министра здравоохранения и социального развития РК от 29.12.2016 № 1130 (вводится в действие с 01.01.2017).

|  |       |
|--|-------|
|  | Форма |
|--|-------|

### Расписка об отказе в приеме документов

Руководствуясь пунктом 2 статьи 20 Закона Республики Казахстан от 15 апреля 2013 года "О государственных услугах", отдел №\_\_ филиала РГП "Центр обслуживания населения" (указать адрес) отказывает в приеме документов на оказание государственной услуги (указать наименование государственной услуги в соответствии со стандартом государственной услуги) ввиду представления Вами неполного пакета документов согласно перечню, предусмотренному стандартом государственной услуги, 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 центра, подпись)  
Исполнитель фамилия, имя, отчество (при его наличии) \_\_\_\_\_  
Тел. \_\_\_\_\_

Получил: \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при его наличии) услугополучателя, подпись)  
" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

|  |                                                                                                                                          |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Приложение 11<br>к приказу Министра<br>здравоохранения и<br>социального развития<br>Республики Казахстан<br>от 28 апреля 2015 года № 294 |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Стандарт государственной услуги**  
**"Выдача разрешения на проведение клинических исследований**  
**медицинских технологий"**

**1. Общие положения**

1. Государственная услуга "Выдача разрешения на проведение клинических исследований медицинских технологий" (далее – государственная услуга).

2. Стандарт государственной услуги разработан Министерством здравоохранения и социального развития Республики Казахстан (далее – Министерство).

3. Государственная услуга оказывается Министерством здравоохранения и социального развития Республики Казахстан (далее – услугодатель).

Прием документов и выдача результата оказания государственной услуги осуществляются через канцелярию услугодателя.

**2. Порядок оказания государственной услуги**

4. Срок оказания государственной услуги:

- 1) с момента сдачи пакета документов – 22 (двадцать два) рабочих дня;
- 2) максимально допустимое время ожидания для сдачи пакета документов – 15 (пятнадцать) минут;
- 3) максимально допустимое время обслуживания – 15 (пятнадцать) минут.

В случаях установления факта неполноты представленных документов согласно перечню, предусмотренному пунктом 9 настоящего стандарта государственной услуги, и (или) документов с истекшим сроком действия услугодатель в указанные сроки дает письменный мотивированный ответ о прекращении рассмотрения заявления.

Сноска. Пункт 4 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 30.09.2016 № 831 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

5. Форма оказания государственной услуги: бумажная.

6. Результат оказания государственной услуги – разрешение на проведение клинических исследований медицинских технологий по форме согласно приложению 1 к настоящему стандарту государственной услуги либо мотивированный ответ об отказе в оказании государственной услуги по основаниям установленным пунктом 9-1 настоящего стандарта.

Сноска. Пункт 6 в редакции приказа Министерства здравоохранения и социального развития РК от 30.09.2016 № 831 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

7. Государственная услуга оказывается бесплатно физическим и юридическим лицам (далее – услугополучатель).

8. График работы услугодателя 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 согласно Трудовому кодексу Республики Казахстан.

Государственная услуга оказывается в порядке очереди, без предварительной записи и ускоренного обслуживания.

9. Перечень документов, необходимых для оказания государственной услуги при обращении услугополучателя (либо его представителя по доверенности) к услугодателю:

1) заявка на проведение клинических исследований медицинских технологий по форме согласно приложению 2 к настоящему стандарту государственной услуги;

2) материалы медико-биологических экспериментов и доклинических (неклинических) исследований в 3-х экземплярах;

3) протокол клинического исследования (в 3-х экземплярах);

4) положительное заключение Центральной комиссии по вопросам этики (в 3-х экземплярах).

При подаче услугополучателем документов, указанных в данном пункте настоящего стандарта государственной услуги (нарочно либо посредством почтовой связи), подтверждением принятия заявления на бумажном носителе является отметка на его копии о регистрации в канцелярии услугодателя с указанием даты и времени приема документов.

9-1. Услугодатель отказывает в оказании государственной услуги по следующим основаниям:

1) отсутствие и/или несоответствие следующих документов, представленных услугополучателем :

положительного заключения локальной комиссии по вопросам этики - для экспериментов и (или ) исследований, планируемых к проведению на базе конкретного исследовательского центра;

Центральной комиссии по вопросам этики – для экспериментов и (или) исследований, планируемых к проведению на международном и республиканском уровнях у исследователей, вовлеченных в эксперимент и (или) исследование, в соответствии с Правилами проведения медико-биологических экспериментов, доклинических (неклинических) и клинических исследований, утвержденными приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 12 ноября 2009 года № 697 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 5932);

документов об образовании и уровня квалификации, соответствующих направлению и профилю проводимого эксперимента и (или) исследования;

2) в отношении услугополучателя имеется вступившее в законную силу решение (приговор) суда о запрещении деятельности или отдельных видов деятельности, требующих получения определенной государственной услуги;

3) в отношении услугополучателя имеется вступившее в законную силу решение суда, на основании которого услугополучатель лишен специального права, связанного с получением государственной услуги.

Сноска. Стандарт дополнен пунктом 9-1 в соответствии с приказом Министра здравоохранения и социального развития РК от 30.09.2016 № 831 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

### **3. Порядок обжалования решений, действий (бездействия) услугодателя и (или) их должностных лиц по вопросам оказания государственных услуг**

10. Обжалование решений, действий (бездействий) Министерства, услугодателя и (или) его должностных лиц по вопросам оказания государственных услуг: жалоба подается на имя руководителя услугодателя или Министерства по адресу, указанному в пункте 13 настоящего стандарта государственной услуги.

Жалоба по вопросам оказания государственных услуг подается в письменной форме по почте или в электронном виде, либо нарочно через канцелярию услугодателя или Министерства.

В жалобе услугополучателем указывается его фамилия, имя, отчество (при его наличии), почтовый адрес, исходящий номер и дата. Жалоба подписывается услугополучателем.

Подтверждением принятия жалобы является регистрация (штамп, входящий номер и дата) в канцелярии услугодателя с выдачей талона, в котором указываются номер, дата, фамилия имя, отчество (при его наличии), лица, принявшего жалобу (с указанием контактных данных должностных лиц, для получения информации о ходе рассмотрения жалобы, а также срока и места получения ответа).

Жалоба услугополучателя, поступившая в адрес услугодателя, подлежит рассмотрению в течение пяти рабочих дней со дня ее регистрации. Результат рассмотрения жалобы направляется услугополучателю посредством почтовой связи либо выдается нарочно в канцелярии услугодателя.

В случае несогласия с результатами оказанной государственной услуги услугополучатель обращается с жалобой в уполномоченный орган по оценке и контролю за качеством оказания государственных услуг.

Жалоба услугополучателя, поступившая в адрес уполномоченного органа по оценке и контролю за качеством оказания государственных услуг, подлежит рассмотрению в течение пятнадцати рабочих дней со дня ее регистрации.

11. В случаях несогласия с результатами оказанной государственной услуги услугополучатель обращается в суд в установленном законодательством порядке.

#### **4. Иные требования с учетом особенностей оказания государственной услуги**

12. В помещениях услугодателя предусмотрены условия для обслуживания услугополучателей с ограниченными физическими возможностями (пандусы и лифты).

13. Адрес места оказания государственной услуги размещен на интернет-ресурсе Министерства - [www.mzsr.gov.kz](http://www.mzsr.gov.kz), раздел "Государственные услуги".

14. Услугополучатель имеет возможность получения информации о порядке и статусе оказания государственной услуги в режиме удаленного доступа посредством справочных служб услугодателя по вопросам оказания государственной услуги, единого контакт-центра по вопросам оказания государственных услуг.

15. Контактные телефоны справочных служб услугодателя по вопросам оказания государственной услуги размещены на интернет-ресурсе Министерства: [www.mzsr.gov.kz](http://www.mzsr.gov.kz) единый контакт-центр по вопросам оказания государственных услуг: 8-800-080-7777, 1414.

|  |                                                                                                                                                  |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Приложение 1<br>к стандарту государственной<br>услуги<br>"Выдача разрешения на проведение<br>клинических исследований<br>медицинских технологий" |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Форма

Разрешения на проведение клинических

исследований медицинских технологий

Выдана \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. или наименование организации услугополучателя)

На проведение клинических исследований

\_\_\_\_\_

*(наименование медицинской технологии)*

На основании протокольного решения Ученого совета Министерства

здравоохранения Республики Казахстан и социального развития № \_\_\_\_ от

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

МП

Дата "\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_г.

|  |                                                                                                                                                  |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Приложение 2<br>к стандарту государственной<br>услуги<br>"Выдача разрешения на проведение<br>клинических исследований<br>медицинских технологий" |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Форма

Заявка на проведение клинических исследований

медицинских технологий

Просим разрешить \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ф.И.О. или наименование организации услугополучателя

\_\_\_\_\_

подразделение \_\_\_\_\_

ведомственная принадлежность, адрес, телефон, электронный адрес

---

Руководитель организации услугополучателя

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

МП

Дата " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.