



## ГОСУДАРСТВЕННАЯ ЛИЦЕНЗИЯ

24.07.2013 года

13011807

**Выдана**

**Товарищество с ограниченной ответственностью "мой любимый доктор"**

Республика Казахстан, г.Астана, район "Алматы", ул. Ертіс, дом № 3., БИН: 130640007708

(полное наименование, местонахождение, реквизиты БИН юридического лица / полностью фамилия, имя, отчество, реквизиты ИИН физического лица)

**на занятие**

**Медицинская деятельность**

(наименование лицензируемого вида деятельности в соответствии с Законом Республики Казахстан «О лицензировании»)

**Вид лицензии**

**генеральная**

**Особые условия  
действия лицензии**

**1. Лицензия действительна на территории Республики Казахстан. 2. Лицензия является постоянной и действительной при условии повышения квалификации по специальности через каждые пять лет в установленном порядке.**

(в соответствии со статьей 9-1 Закона Республики Казахстан «О лицензировании»)

**Лицензиар**

**Управление здравоохранения города Астаны. Акимат города Астаны.**

(полное наименование лицензиара)

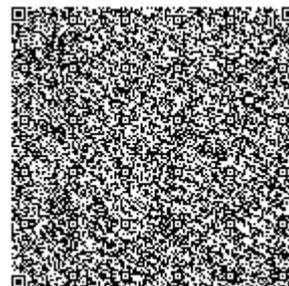
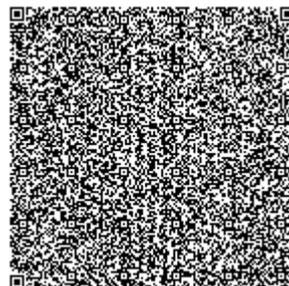
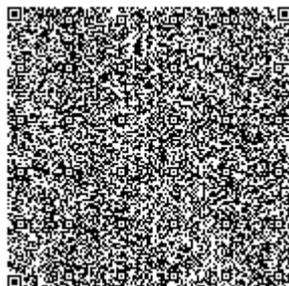
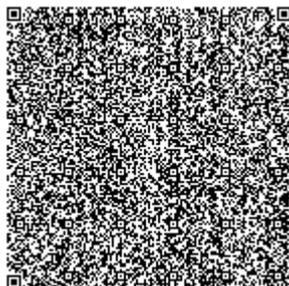
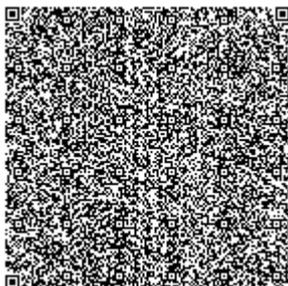
**Руководитель  
(уполномоченное лицо)**

**СЕГИЗБАЕВА АЙГУЛЬ КИМОВНА**

(фамилия и инициалы руководителя (уполномоченного лица) лицензиара)

**Место выдачи**

**г.Астана**





## ПРИЛОЖЕНИЕ К ГОСУДАРСТВЕННОЙ ЛИЦЕНЗИИ

Номер лицензии 13011807

Дата выдачи лицензии 24.07.2013 год

### Подвид(ы) лицензируемого вида деятельности

(наименование подвида лицензируемого вида деятельности в соответствии с Законом Республики Казахстан «О лицензировании»)

- Консультативно-диагностическая медицинская помощь взрослому населению – по специальностям
- Стоматология

Производственная база г. Астана, район Алматы, ж.м. Юго-Восток, ул. Ертіс, д.3  
(местонахождение)

Лицензиат Товарищество с ограниченной ответственностью "мой любимый доктор"  
Республика Казахстан, г.Астана, район "Алматы", ул. Ертіс, дом № 3., БИН:  
130640007708  
(полное наименование, местонахождение, реквизиты БИН юридического лица / полностью фамилия,  
имя, отчество, реквизиты ИИН физического лица)

Лицензиар Управление здравоохранения города Астаны. Акимат города Астаны.  
(полное наименование лицензиара)

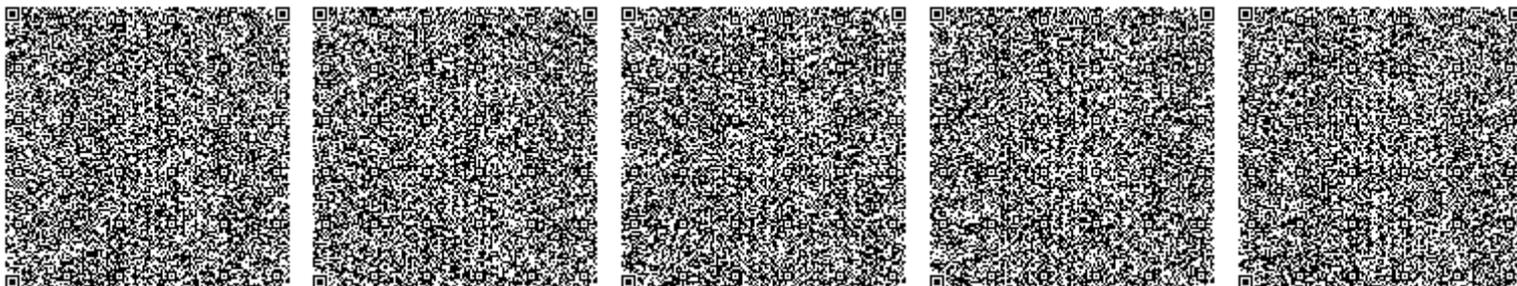
Руководитель  
(уполномоченное лицо) СЕГИЗБАЕВА АЙГУЛЬ КИМОВНА  
фамилия и инициалы руководителя (уполномоченного лица) лицензиара

Номер приложения к  
лицензии 001

Дата выдачи приложения  
к лицензии 24.07.2013

Срок действия лицензии

Место выдачи г.Астана





## ПРИЛОЖЕНИЕ К ГОСУДАРСТВЕННОЙ ЛИЦЕНЗИИ

Номер лицензии 13011807

Дата выдачи лицензии 24.07.2013 год

**Подвид(ы) лицензируемого вида деятельности:**

- Амбулаторно-поликлиническая помощь взрослому населению по специальностям

- Консультативно-диагностическая помощь

- Стоматология

(наименование подвида лицензируемого вида деятельности в соответствии с Законом Республики Казахстан «О разрешениях и уведомлениях»)

**Лицензиат**

**Товарищество с ограниченной ответственностью "мой любимый доктор"**

Республика Казахстан, г.Астана, район "Алматы", ул. Ертiс, дом № 3., БИН: 130640007708

(полное наименование, местонахождение, бизнес-идентификационный номер юридического лица (в том числе иностранного юридического лица), бизнес-идентификационный номер филиала или представительства иностранного юридического лица – в случае отсутствия бизнес-идентификационного номера у юридического лица/полностью фамилия, имя, отчество (в случае наличия), индивидуальный идентификационный номер физического лица)

**Производственная база**

**город Астана, район Алматы, улица Кравцова, дом 1/2, квартира 106-107**

(местонахождение)

**Особые условия действия лицензии**

**1. Лицензия действительна на территории Республики Казахстан. 2. Лицензия является постоянной и действительной при условии повышения квалификации по специальности через каждые пять лет в установленном порядке.**

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

**Лицензиар**

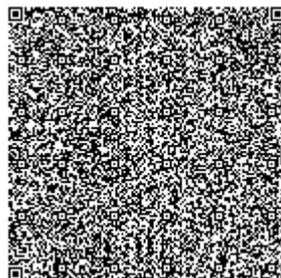
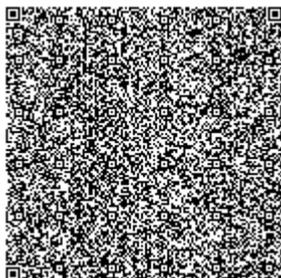
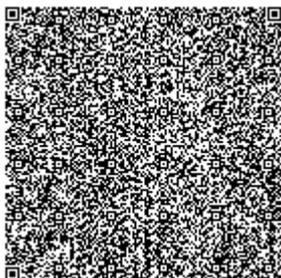
**Управление здравоохранения города Астаны. Акимат города Астаны.**

(полное наименование органа, выдавшего приложение к лицензии)

**Руководитель (уполномоченное лицо)**

**МУРАТОВ ТИМУР МУРАТҰЛЫ**

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



<b>Номер приложения</b>	002
<b>Срок действия</b>	
<b>Дата выдачи приложения</b>	05.02.2018
<b>Место выдачи</b>	г.Астана

