



ПРИЛОЖЕНИЕ К ЛИЦЕНЗИИ

Номер лицензии 22019519

Дата выдачи лицензии 19.10.2022 год

Подвид(ы) лицензируемого вида деятельности

- Деятельность, связанная с оборотом прекурсоров (в системе здравоохранения)
 - Уничтожение прекурсоров
 - Хранение прекурсоров
 - Приобретение прекурсоров
- Деятельность в сфере оборота психотропных веществ (в системе здравоохранения)
 - Реализация психотропных веществ
 - Уничтожение психотропных веществ
 - Приобретение психотропных веществ
 - Хранение психотропных веществ
- Деятельность в сфере оборота наркотических средств (в системе здравоохранения)
 - Реализация наркотических средств
 - Уничтожение наркотических средств
 - Приобретение наркотических средств
 - Хранение наркотических средств

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

Лицензиат

Коммунальное государственное предприятие на праве хозяйственного ведения «Центр первичной медико-санитарной помощи № 10 города Семей» управления здравоохранения области Абай

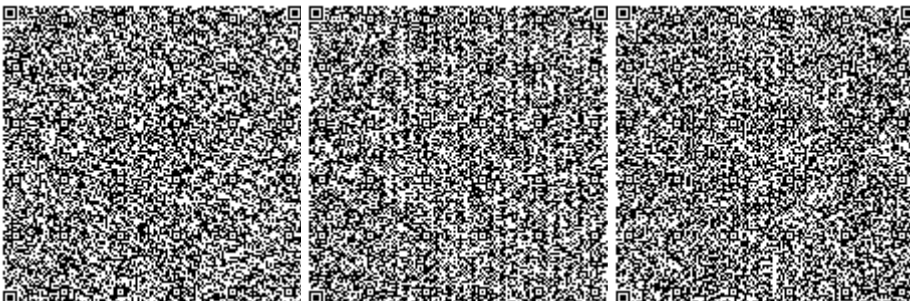
071414, Республика Казахстан, область Абай, Семей Г.А., г.Семей, улица Геологическая, дом № 1, БИН: 990340000758

(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

Аптечный пункт медицинской организации, область Абай, город Семей, улица Геологическая, 1

(местонахождение)



**Особые условия
действия лицензии**

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

Лицензиар

**Республиканское государственное учреждение «Департамент Комитета
медицинского и фармацевтического контроля Министерства
здравоохранения Республики Казахстан по области Абай».
Министерство здравоохранения Республики Казахстан.**

(полное наименование органа, выдавшего приложение к лицензии)

**Руководитель
(уполномоченное лицо)**

Ибраев Нурлангазы Советказыевич

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

Номер приложения

001

Срок действия

27.08.2025

**Дата выдачи
приложения**

19.10.2022

Место выдачи

г. Семей

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

