



ГОСУДАРСТВЕННАЯ ЛИЦЕНЗИЯ

Выдана **ТОО «Батыс АвиГип»**
Западно-Казахстанская область, г. Уральск
ул. Сейфуллина, 59

для физического лица полностью фамилия, имя, отчество)

**на занятие медицинской деятельностью
согласно прилагаемому перечню.**

Особые условия действия лицензии _____

1. Лицензия действительна на территории Западно-Казахстанской области.

(в соответствии со статьей 4 Закона Республики Казахстан "О лицензировании")

2. Лицензия является постоянной и действительной при условии повышения квалификации по специальности через каждые пять лет в установленном порядке.

Департамент государственного

Орган, выдавший лицензию _____
санэпиднадзора Западно-Казахстанской области.

(Полное наименование органа лицензирования)



Руководитель

Иманкул С.И.

(Подпись, Ф.И.О. руководителя органа, выдавшего лицензию)

Дата выдачи лицензии « **05** » **марта** **2007** года.

Город **Уральск**

Серия **СЭ** № **00002 L**



МЕМЛЕКЕТТІК ЛИЦЕНЗИЯ

Қоса беріліп отырған тізбеге сәйкес
медициналық қызметпен айналысуға
«Батыс АвиГип» ЖШС, Батыс Қазақстан облысы,
Орал қаласы, Сейфуллина көшесі, 59 үй

берілген

Лицензия қолданылуының ерекше жағдайлары

1. Лицензияның ықпал күші Батыс Қазақстан облысы
көлеміне тарапалы

2. Лицензиат белгіленген тәртіппен мамандығы
бойынша мамандарының біліктігін әр бес жыл
сайын көтеріп тұрған жағдайда осы лицензия
тұрақты және күшін сақтайтын болып табылады.

Лицензия берген орган БҚО мемлекеттік сан-эпид.
қадағалау Департаменті



Басшы

(Signature)

С.И.Иманқұл

(Лицензияны берген орган басшысының қолы, фамилиясы және аты-жөні)

Лицензияның берілу күні 200 7 жылғы « 05 » наурыз

Орал қаласы

Серия СЭ № 00002 L