



ГОСУДАРСТВЕННАЯ ЛИЦЕНЗИЯ

Выдана **ГККП "Городская поликлиника № 5" Управления здравоохранения города Астаны г. Астана,**
ул. Акан Сери, д. 20

ПОЛНОЕ НАИМЕНОВАНИЕ ЮРИДИЧЕСКОГО ЛИЦА, ФИЛИАЛА, ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВА;
ДЛЯ ФИЗИЧЕСКОГО ЛИЦА ПОЛНОСТЬЮ ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ОТЧЕСТВО

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

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 4 ЗАКОНА РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН "О ЛИЦЕНЗИРОВАНИИ")

Орган, выдавший лицензию **Управление здравоохранения
города Астаны**
(ПОЛНОЕ НАИМЕНОВАНИЕ ОРГАНА ЛИЦЕНЗИРОВАНИЯ)

Руководитель **Т. С. Карибеков**

(ПОДПИСЬ, Ф.И.О. РУКОВОДИТЕЛЯ ОРГАНА, ВЫДАВШЕГО ЛИЦЕНЗИЮ)



Дата выдачи лицензии « **26** » января **2009** года.

Город **Астана**

Серия **АстЛП** № **0007277 10287DZ**