**О внесении изменений в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 22 октября 2020 года № ҚР ДСМ-148/2020**

**«Об утверждении квалификационных требований, предъявляемых к медицинской и фармацевтической деятельности»**

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Внести в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 22 октября 2020 года № ҚР ДСМ-148/2020 «Об утверждении квалификационных требований, предъявляемых к медицинской и фармацевтической деятельности» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под №21502) следующие изменения:

Квалификационные требования, предъявляемые к медицинской и фармацевтической деятельности, утвержденные приложением 1 к указанному приказу, изложить в новой редакции согласно приложению 1 к настоящему приказу;

приложение 1 к Квалификационным требованиям, предъявляемым к медицинской и фармацевтической деятельности изложить в новой редакции согласно приложению 2 к настоящему приказу.

1. Комитету медицинского и фармацевтического контроля Министерства здравоохранения Республики Казахстан в установленном законодательством Республики Казахстан порядке обеспечить:
2. государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан;
3. размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства здравоохранения Республики Казахстан после его официального опубликования;
4. в течение десяти рабочих дней после государственной регистрации настоящего приказа представление в Юридический департамент Министерства здравоохранения Республики Казахстан сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1) и 2) настоящего пункта.
5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на курирующего вице-министра здравоохранения Республики Казахстан.
6. Настоящий приказ вводится в действие по истечении шестидесяти календарного дня после дня его первого официального опубликования.

**Должность ФИО**

«СОГЛАСОВАНО»

Министерство цифрового развития, инноваций и аэрокосмической промышленности Республики Казахстан

«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025 года

«СОГЛАСОВАНО»

Министерство национальной экономики Республики Казахстан

«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025 года

Приложение 1 к приказу

Приложение 1

к приказу Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 22 октября 2020 года  
№ ҚР ДСМ-148/2020

**Квалификационные требования,**

**предъявляемые к медицинской и фармацевтической деятельности**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Для медицинской деятельности** | | | |
| **п/п** | **Квалификационные требования включают наличие:** | **Сведения о соответствии квалификационным требованиям** | **Примечание** |
| 1. | для юридических и физических лиц - помещения или здания на праве собственности или договора аренды, или договора безвозмездного пользования недвижимым имуществом (ссуды), или доверительного управления имуществом, или договора государственно-частного партнерства соответствующего санитарным правилам, устанавливающим санитарно-эпидемиологические требования к объектам здравоохранения, а также стандартам организации оказания медицинской помощи профильных служб по заявляемым подвидам медицинской деятельности. | сведения о соответствии квалификационным требованиям, предъявляемым при лицензировании медицинской деятельности, по форме согласно приложению 1 к настоящим квалификационным требованиям | сведения о документах, удостоверяющих право собственности услугодатель получает из Государственной базы данных «Регистр недвижимости», интегрированной с государственной базой данных «Е-лицензирование», за исключением договоров аренды, договора безвозмездного пользования недвижимым имуществом (ссуды), договоров доверительного управления имуществом, договора государственно-частного партнерства заключенных на срок менее одного года, которые предоставляются в виде электронной копии документа.  Сведения по адресу производственной базы заполняются путем введения регистрационного кода адреса из базы данных «Адресный регистр».  Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения на производственную базу услугополучателя по заявляемым подвидам медицинской деятельности, услугодатель получает из государственной базы данных «Е-лицензирование» при согласовании с территориальными подразделениями ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения на соответствующих территориях. |
| 2. | для юридических и физических лиц – функционирующего медицинского и (или) специального оборудования, аппаратуры и инструментария, приборов, мебели, инвентаря, транспортных и других средств (при необходимости) на праве собственности, согласно стандартам организации оказания медицинской помощи профильных служб по заявляемым подвидам медицинской деятельности и минимальным стандартам оснащения организаций здравоохранения медицинскими изделиями. | Сведения о соответствии квалификационным требованиям, предъявляемым при лицензировании медицинской деятельности, по форме согласно приложению 1 к настоящим квалификационным требованиям | Сведения о регистрации медицинского изделия подтягиваются из базы данных «DariKZ».  Сведения (документы) об амортизации, эксплуатационных характеристиках медицинского и (или) специального оборудований, аппаратуры и инструментария, приборов, мебели, инвентаря, транспортных и других средств (при необходимости) услугополучатель предоставляет в форме электронных копий на портале «Е**-**Лицензирование» и в ходе разрешительного контроля на производственной базе с демонстрацией их функционирования.  Сведения о подтверждении соответствия медицинских изделий, являющимися средствами измерений, установленным техническим и метрологическим требованиям, согласно Закону Республики Казахстан от 7 июня 2000 года «Об обеспечении единства измерений».  Сведения о наличии лицензии в сфере использования атомной энергии на вид деятельности «обращение с приборами и установками, генерирующими ионизирующее излучение». |
| 3. | для физических лиц (медицинского работника) – соответствующего медицинского образования, согласно заявляемым подвидам медицинской деятельности. | сведения о соответствии квалификационным требованиям, предъявляемым при лицензировании медицинской деятельности, по форме согласно приложению 1 к настоящим квалификационным требованиям. | сведения о высшем или среднем медицинском образовании, услугодатель получает из информационных систем министерств науки и высшего образования, просвещения Республики Казахстан (сведения с 2012 года), за исключением лиц окончивших до 2012 года, а также лица окончивших за пределами территории Республики Казахстан, которые предоставляют электронную копию документа об образовании. |
| 4. | для физических лиц (медицинского работника):  1) повышения квалификации за последние 5 (пять) лет по заявляемым подвидам медицинской деятельности (за исключением выпускников интернатуры, резидентуры, среднего учебного заведения, завершивших обучение не позднее 5 (пяти) лет на момент подачи документов);  2) сертификационного курса, при наличии получения приложения к лицензии по заявляемым подвидам медицинской деятельности на основании сертификата специалиста по специализации. | Сведения о соответствии квалификационным требованиям, предъявляемым при лицензировании медицинской деятельности, по форме согласно приложению 1 к настоящим квалификационным требованиям | Сведения о повышении квалификации, прохождении сертификационного курса услугодатель получает из портала «Е-Лицензирование» путем обмена данными с государственной услугой «Выдача документов о прохождении повышения квалификации и сертификационных курсов кадров отрасли здравоохранения». |
| 5. | для физических лиц (медицинского работника) - соответствующего сертификата специалиста по медицинской специальности (специализации) | Сведения о соответствии квалификационным требованиям, предъявляемым при лицензировании медицинской деятельности, по форме согласно приложению 1 к настоящим квалификационным требованиям | Сведения о действующем сертификате специалиста по медицинской специальности (специализации) услугодатель получает из государственной базы данных «Е-лицензирование». |
| 6. | для юридических лиц - штат медицинских работников, который подтверждается сведениями о медицинских работниках, согласно приложению 1 к настоящим квалификационным требованиям. | Сведения о соответствии квалификационным требованиям, предъявляемым при лицензировании медицинской деятельности, по форме согласно приложению 1 к настоящим квалификационным требованиям | Сведения о наличии штата медицинских работников (утвержденное штатное расписание), услугодатели получают в ходе разрешительного контроля производственной базы услугополучателя, до выдачи лицензии (приложения к ней).  Сведения о трудовых договорах с медицинскими работниками, заключенные с отлагательным условием, согласно гражданскому законодательству, услугодатель получает из информационной системы Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан. |
| 7. | для физических лиц (субъект индивидуального предпринимательства)– стаж работы по медицинской специальности (специализации) не менее 5 (пяти) лет по заявляемым подвидам медицинской деятельности. | сведения о соответствии квалификационным требованиям, предъявляемым при лицензировании медицинской деятельности, по форме согласно приложению 1 к настоящим квалификационным требованиям | сведения о трудовых договорах и трудовом стаже работников, услугодатель получает из информационной системы Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан. |
| 8. | Для юридических и физических лиц наличие медицинской информационной системы для сбора, обработки и хранения персональных медицинских данных для формирования электронных медицинских записей, согласно стандартам организации оказания медицинской помощи по соответствующему профиля. | Сведения о соответствии квалификационным требованиям, предъявляемым при лицензировании медицинской деятельности, по форме согласно приложению 1 к настоящим квалификационным требованиям | Сведения (документы, договор) о наличии медицинской информационной системы услугополучатель предоставляет в форме электронных копий на портале «Е-Лицензирование» и в ходе разрешительного контроля на производственной базе предоставляет оригинал данных документов с демонстрацией функционирования оборудования. |
| *Примечание:*  *Физическое лицо, являющееся субъектом предпринимательства, регистрируется в качестве индивидуального предпринимателя в порядке, предусмотренном Предпринимательским кодексом Республики Казахстан.*  *Медицинский работник является штатным сотрудником юридического лица, имеющим сертификат специалиста по соответствующей специальности.* | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Для фармацевтической деятельности** | | | |
| **п/п** | **Квалификационные требования включают наличие:** | **Сведения о соответствии квалификационным требованиям** | **Примечание** |
| 1. | для юридических и физических лиц - помещения или здания на праве собственности или аренды или доверительного управления государственным имуществом, соответствующего санитарным правилам, устанавливающим санитарно-эпидемиологические требования к объектам в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий | Сведения о соответствии квалификационным требованиям, предъявляемым при лицензировании фармацевтической деятельности, по форме согласно приложению 2 к настоящим квалификационным требованиям | Сведения о документах, удостоверяющих право собственности услугодатель получает из Государственной базы данных "Регистр недвижимости", интегрированной с государственной базой данных "Е-лицензирование", за исключением договоров аренды или доверительного управления государственным имуществом, заключенных на срок менее одного года, которые предоставляют электронную копию документа |
| 2. | для юридических и физических лиц - оборудования и мебели, инвентаря, приборов и аппаратуры для обеспечения контроля качества и соблюдения условий производства, изготовления, хранения и реализации лекарственных средств и медицинских изделий в соответствии с нормативными правовыми актами; автомобильного транспортного средства с соответствующими шкафами и холодильным и другим оборудованием при необходимости, обеспечивающими соблюдение условий хранения и реализации лекарственных средств и медицинских изделий для передвижного аптечного пункта для отдаленных сельских местностей | Сведения о соответствии квалификационным требованиям, предъявляемым при лицензировании фармацевтической деятельности, по форме согласно приложению 2 к настоящим квалификационным требованиям |  |
| 3. | для юридических лиц - штат работников, который подтверждается сведениями о специалистах | Сведения о соответствии квалификационным требованиям, предъявляемым при лицензировании фармацевтической деятельности, по форме согласно приложению 2 к настоящим квалификационным требованиям |  |
| 4. | для юридических лиц - соответствующего образования и стажа работы по специальности согласно заявляемым подвидам фармацевтической деятельности: 1) для организаций по производству лекарственных средств и медицинских изделий: - высшего фармацевтического или химико-технологического, химического образования и стажа работы по специальности не менее трех лет у руководителей подразделений, непосредственно занятых на производстве лекарственных средств и медицинских изделий, или технического у руководителей подразделений, непосредственно занятых на производстве медицинских изделий;  - высшего фармацевтического или химического, биологического образования у работников, осуществляющих контроль качества лекарственных средств и медицинских изделий, или технического у работников, осуществляющих контроль качества медицинских изделий;  - технического образования у специалиста по обслуживанию оборудования, используемого в технологическом процессе производства лекарственных средств и медицинских изделий;  2) для организаций в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий, осуществляющих изготовление лекарственных препаратов (далее - аптека, осуществляющая изготовление лекарственных препаратов):  - высшего фармацевтического образования и стажа работы не менее трех лет по специальности у руководителя аптекой, осуществляющей изготовление лекарственных препаратов, и ее производственных отделов, а также работников, осуществляющих контроль качества лекарственных препаратов и медицинских изделий;  - высшего или среднего фармацевтического образования у работников, осуществляющих непосредственное изготовление лекарственных препаратов и отпуск изготовленных лекарственных препаратов; - среднего фармацевтического образования и стажа работы не менее трех лет по специальности у руководителя аптекой и ее производственных отделов при отсутствии специалистов с высшим фармацевтическим образованием в районном центре и сельской местности;  3) для аптек: - высшего или среднего фармацевтического образования (стаж работы по специальности не менее трех лет) у руководителя аптекой или ее отделов; - высшего или среднего фармацевтического образования у специалистов, осуществляющих реализацию лекарственных средств и медицинских изделий; - при реализации лекарственных средств через интернет наличие транспорта на праве собственности или аренды для осуществления доставки способом, не допускающим изменения их свойств в процессе хранения и транспортировки;  4) для аптечного пункта в организациях здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную, консультативно-диагностическую помощь (далее - аптечный пункт): - высшего или среднего фармацевтического образования (стаж работы по специальности не менее трех лет) у заведующего аптечным пунктом, а также работников, осуществляющих реализацию лекарственных средств и медицинских изделий. В аптечных пунктах для отдаленных сельских местностей, где отсутствуют аптеки, в случае отсутствия специалистов с фармацевтическим образованием для осуществления реализации лекарственных средств и медицинских изделий допускаются специалисты с медицинским образованием, прошедшие обучение для их реализации.  5) для аптечного склада: - высшего фармацевтического образования и стажа работы не менее трех лет у руководителя аптечного склада;  - высшего или среднего фармацевтического образования у руководителей отделов аптечного склада и работников, осуществляющих приемку, хранение и отпуск лекарственных средств и медицинских изделий;  6) для передвижного аптечного пункта для отдаленных сельских местностей (далее - передвижной аптечный пункт), где отсутствуют аптеки: - высшего или среднего фармацевтического образования у заведующего передвижным аптечным пунктом, а также работников, осуществляющих реализацию лекарственных средств и медицинских изделий. В случае отсутствия специалистов с фармацевтическим образованием для осуществления розничной реализации лекарственных средств и медицинских изделий допускаются специалисты с медицинским образованием, прошедшие обучение для их реализации. 7) для изготовления медицинских изделий:  - высшего или среднего фармацевтического, медицинского или технического образования | Сведения о соответствии квалификационным требованиям, предъявляемым при лицензировании фармацевтической деятельности, по форме согласно приложению 2 к настоящим квалификационным требованиям | сведения о высшем или среднем фармацевтическом образовании услугодатель получает из информационной системы Министерства образования и науки Республики Казахстан (сведения с 2015 года), за исключением лиц, окончивших до 2015 года, а также лица окончивших за пределами территории Республики Казахстан, которые предоставляют электронную копию документа об образовании |
| 5. | для физических лиц - специализация или усовершенствования и других видов повышения квалификации за последние 5 (пять) лет по заявляемым подвидам фармацевтической деятельности | Сведения о соответствии квалификационным требованиям, предъявляемым при лицензировании фармацевтической деятельности, по форме согласно приложению 2 к настоящим квалификационным требованиям |  |
| 6. | для физических лиц, претендующих на занятие фармацевтической деятельностью без образования юридического лица – высшего или среднего фармацевтического образования (стаж работы по специальности - не менее трех лет) | Сведения о соответствии квалификационным требованиям, предъявляемым при лицензировании фармацевтической деятельности, по форме согласно приложению 2 к настоящим квалификационным требованиям | сведения о высшем или среднем фармацевтическом образовании услугодатель получает из информационной системы Министерства образования и науки Республики Казахстан (сведения с 2015 года), за исключением лиц окончивших до 2015 года, а также лица окончивших за пределами территории Республики Казахстан, которые предоставляют копию документа об образовании |

Приложение 2 к приказу

Приложение 1  
к квалификационным требованиям,   
предъявляемым к медицинской   
и фармацевтической деятельности

Форма

**Сведения о соответствии квалификационным требованиям, предъявляемым к медицинской деятельности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**   
**(наименование субъекта здравоохранения)**   
**(по состоянию на «\_\_» \_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года)**

      Сведения о производственной базе, подтверждающие наличие:

1.Помещения или здания на праве собственности или договора аренды, или договора безвозмездного пользования недвижимым имуществом (ссуды), или доверительного управления имуществом, или договора государственно-частного партнерства, и поэтажный план указанного помещения (здания):  
      Сведения о регистрации объекта недвижимости (производственной базы):

1) Кадастровый номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2) Регистрационный код адреса \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

3) Местоположение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4) Номер свидетельства о государственной регистрации недвижимости\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5) Номер договора об аренде или договора безвозмездного пользования недвижимым имуществом (ссуды), или доверительного управления имуществом, или договора государственно-частного партнерства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
      6) Дата договора об аренде или договора безвозмездного пользования недвижимым имуществом (ссуды), или доверительного управления имуществом, или договора государственно-частного партнерства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указывается срок договора).

2. Наличие санитарно-эпидемиологического заключения или талона уведомления на      производственную базу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(регистрационный номер, дата выдачи, орган выдавший)      3. Медицинского и (или) специального оборудования, аппаратуры и инструментария, приборов, мебели, инвентаря, транспортных и других средств, согласно заявляемым подвидам медицинской деятельности:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование медицинского и (или) специального оборудования, аппаратуры и инструментария, приборов, мебели, инвентаря, транспортных и других средств (по паспорту) | Страна производитель | Единица измерения | Количество | Год выпуска | Состояние (рабочее/не рабочее) | Модель технологии | Номер свидетельства о государственной регистрации | Серийный /инвентарный номер |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Примечание:

**\*Услугополучатель демонстрирует в ходе разрешительного контроля, что медицинское оборудование находится в рабочем состоянии (функционирует), для чего предоставляет данные по эксплуатационным характеристикам, принадлежности медицинского изделия услугопоучателю на праве собственности, документ (сертификат о поверке средств измерений) согласно** [**приказу**](http://10.61.42.188/rus/docs/V1800018094#z3)**Министра по инвестициям и развитию Республики Казахстан от 27 декабря 2018 года № 934 «Правила проведения поверки средств измерений, установления периодичности  
поверки средств измерений и формы сертификата о поверке средств измерений» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 18094).**

4. Соответствующее образование 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 (подтверждении) диплома (при необходимости) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Повышения квалификации за последние 5 (пять) лет по заявляемым подвидам медицинской деятельности (за исключением выпускников интернатуры, резидентуры, среднего учебного заведения, завершивших обучение не позднее 5 (пяти) лет на момент подачи документов) и (или) сертификационного курса, при наличии получения приложения к лицензии по заявляемым подвидам медицинской деятельности на основании сертификата специалиста по специализации:

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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Соответствующий сертификат специалиста по специальности (специализации):

Сведения о сертификате специалиста по специальности:

1) Наименование специальности, по которой выдан сертификат  специалиста по специальности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2) Квалификационная категория (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
      3) Орган, выдавший сертификат специалиста\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
    4) Регистрационный номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
    5) Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
    6) Срок действия сертификата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сведения о сертификате специалиста специализации:

1) Наименование специализации, по которой выдан сертификат  специалиста по специализации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2) Орган, выдавший сертификат специалиста\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
    3) Регистрационный номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
    4) Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
    5) Срок действия сертификата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. У юридических лиц:

Штат медицинских работников, который подтверждается утвержденным штатным расписанием услугополучателя:

Сведения о медицинских работниках медицинских организаций (для юридического      лица) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование субъекта здравоохранения) (по состоянию на «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года).

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия | Имя | Отчество (при его наличии) | ИИН | Занимаемая должность | Образование | Стаж по специальности | Номер, серия диплома Специальность и квалификация по диплому | Полное наименование организации образования Год поступления Год окончания | Свидетельство о нострификации диплома (при необходимости) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

8. У физических лиц (индивидуального предпринимателя) – стаж 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_