**ПРЕДЛИЦЕНЗИОННАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ**

**Алгоритм подачи заявки для получения лицензии на медицинскую деятельность**

1.Cведения о производственной базе на праве собственности (хозяйственного ведения или оперативного управления) и (или) аренды

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

      2) Местоположение объекта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      3) Номер и дата договора об аренде \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      4) Арендодатель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      5) Адрес помещения (здания) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Прописать оснащение согласно Приказа МЗ РК от 22 октября 2020 года №ҚР ДСМ-148/2020 «Об утверждении квалификационных требовании, предъявляемых к медицинской и фармацевтической деятельности» и Приказа МЗ РК от 29 октября 2020 года №ҚР ДСМ-167/2020 для медицинских организаций здравоохранения, оказывающих медицинские услуги в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования.

      3. Сведения о медицинских и (или) специальных оборудовании, аппаратуры и инструментария, приборов, мебели, инвентаря, транспортных и других средств, согласно заявляемым подвидом медицинской деятельности.

4.Сведения о специалистах организаций здравоохранения, осуществляющих медицинскую деятельность согласно Приказов МЗ РК от 05 января 2021 года №ҚР ДСМ-2 и №ҚР ДСМ-148/2020 от 22 октября 2020 года «Об утверждении квалификационных требовании, предъявляемых к медицинской и фармацевтической деятельности»:

 - Фамилия, имя отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 - Занимаемая должность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 - Образование\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 - Стаж по специальности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 - Специальность и квалификация\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Номер диплома о высшем или среднем медицинском образовании, дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - Наименование учебного заведения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 - Сведения о нострификации диплома (при необходимости)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 - Повышение квалификации за последние 5 лет по заявляемым подвидам медицинской деятельности:

      Сведения о повышении квалификации:

 - Номер документа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 - Наименование цикла \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Наименование обучающей организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Начало обучения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Окончание обучения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  - Количество часов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Сведения о сертификате специалиста:

- Наименование специальности, по которой выдан сертификат специалиста\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Орган, выдавший сертификат \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Регистрационный номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Тип(Со сроком / Бессрочный)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Срок действия сертификата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5.Прикрепить документы:

-Копия договора аренды;

-Копии документов медицинских работников (диплом, повышения квалификации, документ подтверждающие трудовую деятельность) указанные в базе [www.elicense.kz](http://www.elicense.kz);

6. Электронная копия документа, подтверждающего оплату в бюджет лицензионного сбора на право занятия отдельными видами деятельности, за исключением случаев оплаты через ПШЭП:

- КБК 105402;

- КНП 911;

7 Подача заявки на медицинскую деятельность через веб-портал "электронного правительства" www.egov.kz, www.elicense.kz.

8. Выбрать лицензиара Департамент Комитета медицинского и фармацевтического контроля МЗ РК по городу Алматы.

9.Выбрать вид медицинской деятельности:

 10. Необходимо отметить требуемые подвиды деятельности

11. Подписать через ЭЦП.

***При выходе специалистов на объект проверяется все документы и наличие оборудования согласно поданной заявке.***