

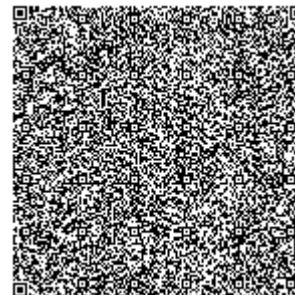
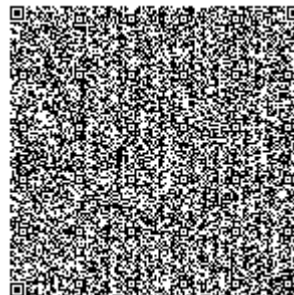
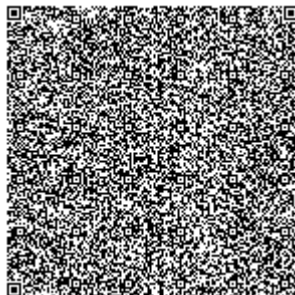
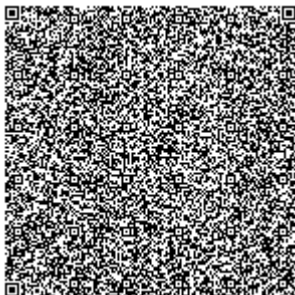
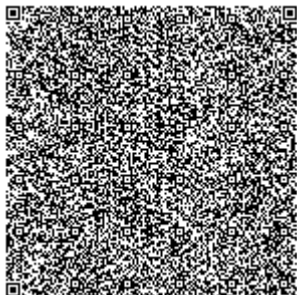
**ПРИЛОЖЕНИЕ К ЛИЦЕНЗИИ****Номер лицензии** **004297****Дата выдачи лицензии** **20.09.2004 год****Подвид(ы) лицензируемого вида деятельности**

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

- Консультативно-диагностическая медицинская помощь детскому населению – по специальностям
 - Стоматология
- Консультативно-диагностическая медицинская помощь взрослому населению – по специальностям
 - Стоматология

Производственная база **г. Астана, район Есиль, пр. Кабанбай батыра, д.16, ВП-8**

(место нахождения)

Лицензиат **Товарищество с ограниченной ответственностью "Doctor Dent"**Республика Казахстан, г.Астана, район "Сарыарка", ул. Зеленый переулок, дом № 40.,
БИН: 040340007738(полное наименование, местонахождение, бизнес идентификационный номер юридического лица /
полностью фамилия, имя, отчество (в случае наличия), индивидуальный идентификационный номер
физического лица)**Лицензиар** **Управление здравоохранения города Астаны. Акимат города Астаны.**
(полное наименование лицензиара)**Руководитель
(уполномоченное лицо)** СЕГИЗБАЕВА АЙГУЛЬ КИМОВНА
фамилия и инициалы руководителя (уполномоченного лица) лицензиара**Номер приложения к
лицензии****Дата выдачи приложения
к лицензии** 29.04.2013**Срок действия лицензии****Место выдачи** г.Астана



ПРИЛОЖЕНИЕ К ЛИЦЕНЗИИ

Номер лицензии 004297

Дата выдачи лицензии 20.09.2004 год

Подвид(ы) лицензируемого вида деятельности:

- Амбулаторно-поликлиническая помощь взрослому и (или) детскому населению по специальностям
- консультативно-диагностическая помощь
- Стоматология

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

Лицензиат

Товарищество с ограниченной ответственностью "Doctor Dent"

Республика Казахстан, г.Астана, район "Сарыарка", ул. Зеленый переезд, дом № 40., БИН: 040340007738

(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

г.Астана, ул.Туркестан, Д.8/2, ВП-1

(местонахождение)

**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 36 Закона Республики Казахстан «О разрешениях и уведомлениях»)

Лицензиар

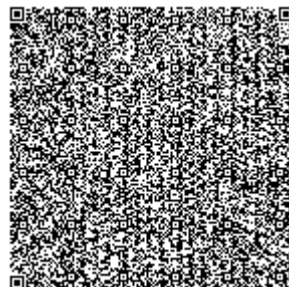
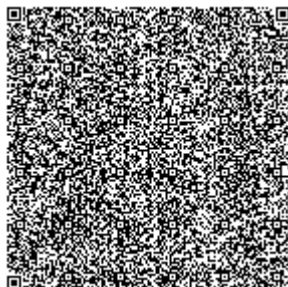
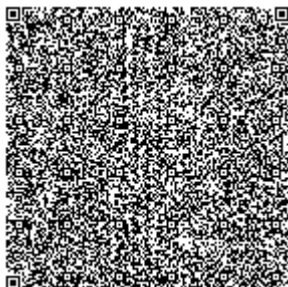
Управление здравоохранения города Астаны. Акимат города Астаны.

(полное наименование органа, выдавшего приложение к лицензии)

**Руководитель
(уполномоченное лицо)**

СЕГИЗБАЕВА АЙГУЛЬ КИМОВНА

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

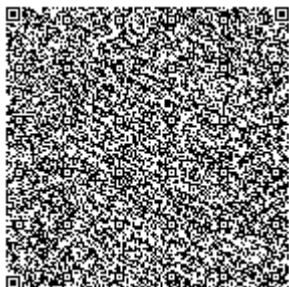
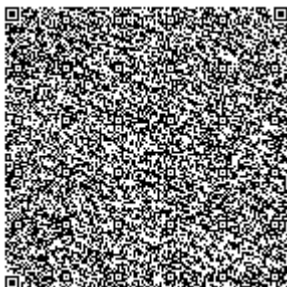
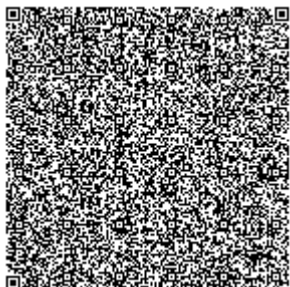


Номер приложения

Срок действия

**Дата выдачи
приложения** 21.05.2015

Место выдачи г.Астана





ПРИЛОЖЕНИЕ К ЛИЦЕНЗИИ

Номер лицензии 004297

Дата выдачи лицензии 20.09.2004 год

Подвид(ы) лицензируемого вида деятельности

- Амбулаторно-поликлиническая помощь взрослому и (или) детскому населению по специальностям

- Консультативно-диагностическая помощь

- Анестезиология и реаниматология

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

Лицензиат

Товарищество с ограниченной ответственностью "Doctor Dent"

Республика Казахстан, г.Астана, район "Сарыарка", ул. Зеленый переезд, дом № 40,, БИН: 040340007738

(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

город Нур-Султан, район Есил, улица Туркестан, дом 8/2, ВП-1

(местонахождение)

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 36 Закона Республики Казахстан «О разрешениях и уведомлениях»)

Лицензиар

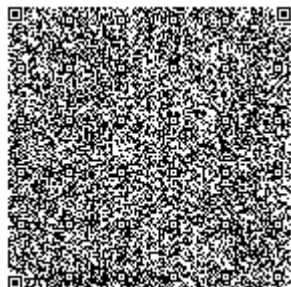
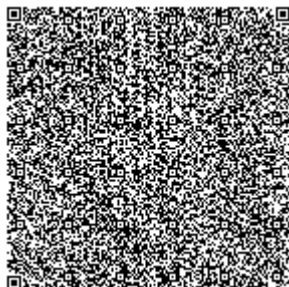
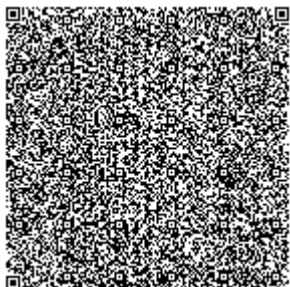
ГУ «Управление общественного здравоохранения города Астаны». Акимат города Астаны.

(полное наименование органа, выдавшего приложение к лицензии)

Руководитель (уполномоченное лицо)

Рустимова Алия Шайзадаевна

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



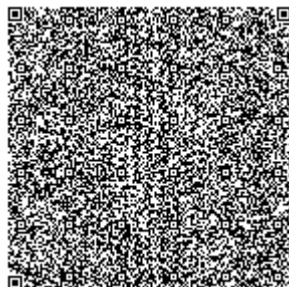
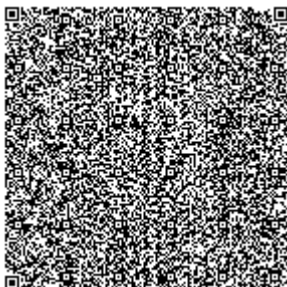
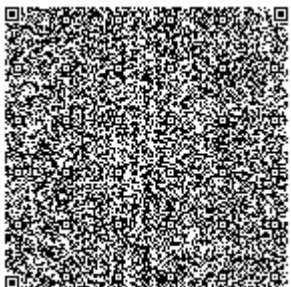
Номер приложения

Срок действия

**Дата выдачи
приложения** 15.04.2019

Место выдачи

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





ЛИЦЕНЗИЯ

20.09.2004 года

004297

Выдана

Товарищество с ограниченной ответственностью "Doctor Dent"

Республика Казахстан, г.Астана, район "Сарыарка", ул. Зеленый переезд, дом № 40, БИН: 040340007738

(полное наименование, местонахождение, бизнес-идентификационный номер юридического лица / полностью фамилия, имя, отчество (в случае наличия), индивидуальный идентификационный номер физического лица)

на занятие

Медицинская деятельность

(наименование конкретного лицензируемого вида деятельности в соответствии с Законом Республики Казахстан «О лицензировании»)

Вид лицензии

генеральная

**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 9-1 Закона Республики Казахстан «О лицензировании»)

Лицензиар

Управление здравоохранения города Астаны. Акимат города Астаны.

(полное наименование лицензиара)

**Руководитель
(уполномоченное лицо)**

Диканбаева С.А.

(фамилия и инициалы руководителя (уполномоченного лица) лицензиара)

Место выдачи

г.Астана

**ПРИЛОЖЕНИЕ К ЛИЦЕНЗИИ****Номер лицензии** **004297****Дата выдачи лицензии** **20.09.2004 год****Подвид(ы) лицензируемого вида деятельности**

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

- Консультативно-диагностическая медицинская помощь детскому населению – по специальностям
 - Стоматология
- Консультативно-диагностическая медицинская помощь взрослому населению – по специальностям
 - Стоматология
- Диагностика
 - Рентгенологическая диагностика

Производственная база **г.Астана, пр. Победы, д.21, кв.2**

(место нахождения)

Лицензиат **Товарищество с ограниченной ответственностью "Doctor Dent"**Республика Казахстан, г.Астана, район "Сарыарка", ул. Зеленый переезд, дом № 40,
БИН: 040340007738(полное наименование, местонахождение, бизнес идентификационный номер юридического лица /
полностью фамилия, имя, отчество (в случае наличия), индивидуальный идентификационный номер
физического лица)**Лицензиар** **Управление здравоохранения города Астаны. Акимат города Астаны.**
(полное наименование лицензиара)**Руководитель
(уполномоченное лицо)** Диканбаева С.А.
фамилия и инициалы руководителя (уполномоченного лица) лицензиара**Номер приложения к
лицензии****Дата выдачи приложения
к лицензии** 18.12.2007**Срок действия лицензии****Место выдачи** г.Астана



ПРИЛОЖЕНИЕ К ЛИЦЕНЗИИ

Номер лицензии 004297

Дата выдачи лицензии 20.09.2004 год

Подвид(ы) лицензируемого вида деятельности:

- Амбулаторно-поликлиническая помощь взрослому и (или) детскому населению по специальностям
- Консультативно-диагностическая помощь
- Стоматология

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

Лицензиат

Товарищество с ограниченной ответственностью "Doctor Dent"

Республика Казахстан, г.Астана, район "Сарыарка", ул. Зеленый переезд, дом № 40, БИН: 040340007738

(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

город Нур-Султан, район Есиль, проспект Кабанбай батыра, дом 12, НП-8

(местонахождение)

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 36 Закона Республики Казахстан «О разрешениях и уведомлениях»)

Лицензиар

Государственное учреждение "Управление Общественного здравоохранения города Нур-Султан". Акимат города Нур-Султан.

(полное наименование органа, выдавшего приложение к лицензии)

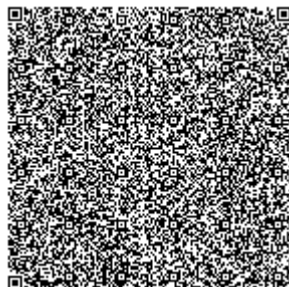
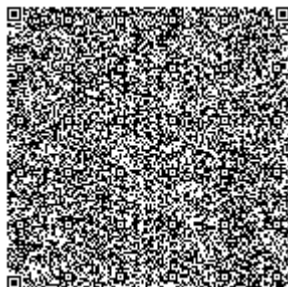
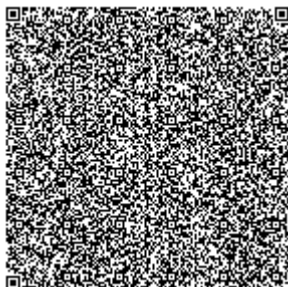
Руководитель (уполномоченное лицо)

Кисикова Сауле Дюсебековна

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

Номер приложения

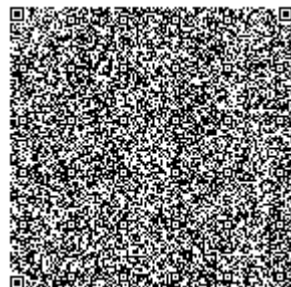
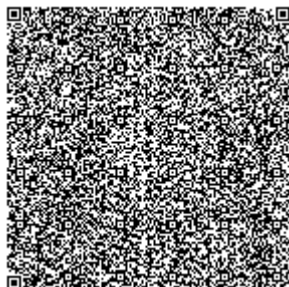
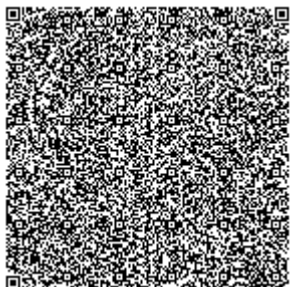
Срок действия



Дата выдачи
приложения
Место выдачи

08.06.2020

г.Нур-Султан





ПРИЛОЖЕНИЕ К ЛИЦЕНЗИИ

Номер лицензии 004297

Дата выдачи лицензии 20.09.2004 год

Подвид(ы) лицензируемого вида деятельности

- Амбулаторно-поликлиническая помощь взрослому и (или) детскому населению по специальностям
- Консультативно-диагностическая помощь
- Стоматология

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

Лицензиат

Товарищество с ограниченной ответственностью "Doctor Dent"

Республика Казахстан, г.Астана, район "Сарыарка", ул. Зеленый переезд, дом № 40, БИН: 040340007738

(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

г. Нур-Султан, р-н Есиль, ул. Дінмұхамед Қонаев, д. 11

(местонахождение)

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 36 Закона Республики Казахстан «О разрешениях и уведомлениях»)

Лицензиар

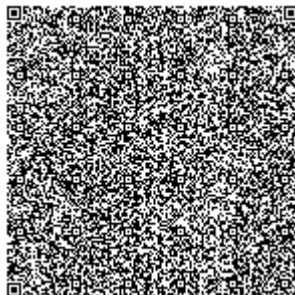
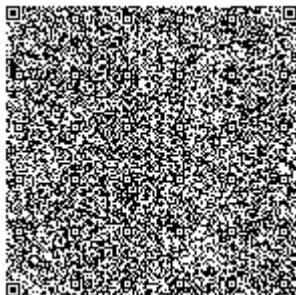
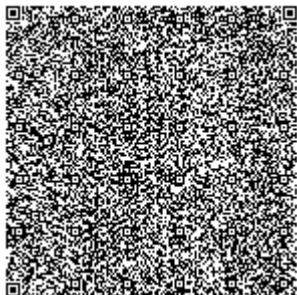
Республиканское государственное учреждение "Департамент Комитета медицинского и фармацевтического контроля Министерства здравоохранения Республики Казахстан по городу Нур-Султан". Министерство здравоохранения Республики Казахстан.

(полное наименование органа, выдавшего приложение к лицензии)

Руководитель (уполномоченное лицо)

Турлыбеков Дархан Бакыткелдиевич

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



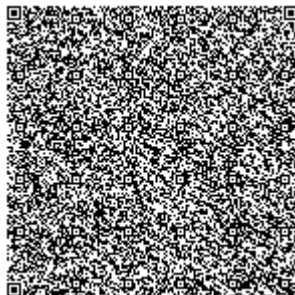
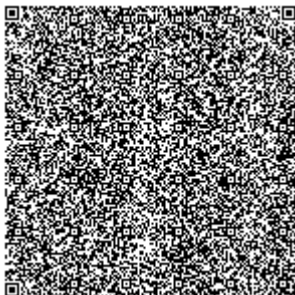
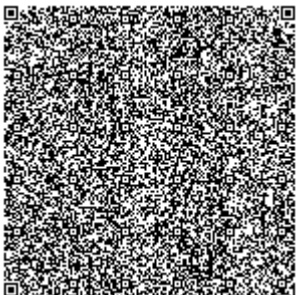
Номер приложения

Срок действия

Дата выдачи
приложения 10.02.2021

Место выдачи г.Нур-Султан

(наименование организации, выдающей документ, и ее реквизиты в соответствии с Законом Республики Казахстан «Об организации и уведомлении»))





ПРИЛОЖЕНИЕ К ЛИЦЕНЗИИ

Номер лицензии 004297

Дата выдачи лицензии 20.09.2004 год

Подвид(ы) лицензируемого вида деятельности

- Амбулаторно-поликлиническая помощь взрослому и (или) детскому населению по специальностям
- Консультативно-диагностическая помощь
- Анестезиология и реаниматология

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

Лицензиат

Товарищество с ограниченной ответственностью "Doctor Dent"

Республика Казахстан, г.Астана, район "Сарыарка", ул. Зеленый переезд, дом № 40, БИН: 040340007738

(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

г. Нур-Султан, р-н Есиль, ул. Дінмұхамед Қонаев, д. 11

(местонахождение)

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 36 Закона Республики Казахстан «О разрешениях и уведомлениях»)

Лицензиар

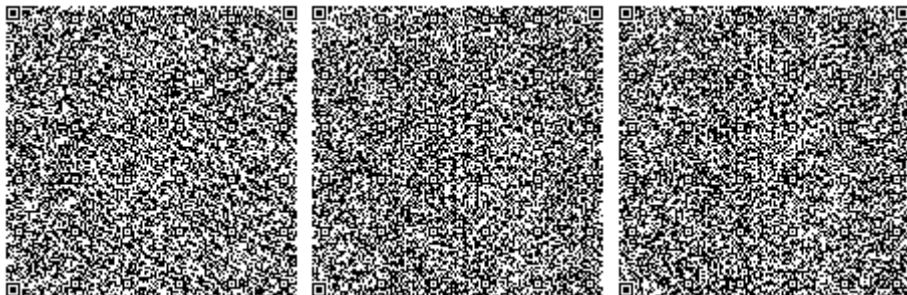
Республиканское государственное учреждение "Департамент Комитета медицинского и фармацевтического контроля Министерства здравоохранения Республики Казахстан по городу Нур-Султан". Министерство здравоохранения Республики Казахстан.

(полное наименование органа, выдавшего приложение к лицензии)

Руководитель (уполномоченное лицо)

Асылбеков Нұрлыбек Абибулаевич

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



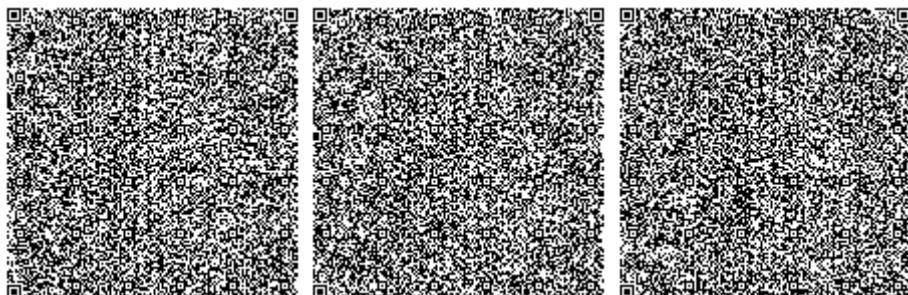
Номер приложения

Срок действия

Дата выдачи приложения 06.05.2021

Место выдачи г.Нур-Султан

(наименование организации, выдавшей документ, и ее местонахождение в соответствии с Законом Республики Казахстан «Об организации и уведомлении»))



**ПРИЛОЖЕНИЕ К ЛИЦЕНЗИИ****Номер лицензии 004297****Дата выдачи лицензии 20.09.2004 год****Подвид(ы) лицензируемого вида деятельности**

- Амбулаторно-поликлиническая помощь детскому населению по специальностям
- Консультативно-диагностическая помощь
 - Анестезиология и реаниматология
 - Стоматология

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

Лицензиат**Товарищество с ограниченной ответственностью "Doctor Dent"**

Республика Казахстан, г.Астана, район "Сарыарка", ул. Зеленый переезд, дом № 40, БИН: 040340007738

(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**г.Нур-Султан, Есильский район, улица Туркес♦♦ан, дом 8, нп 15**

(местонахождение)

**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 36 Закона Республики Казахстан «О разрешениях и уведомлениях»)

Лицензиар

**Республиканское государственное учреждение "Департамент Комитета медицинского и фармацевтического контроля Министерства здравоохранения Республики Казахстан по городу Нур-Султан".
Министерство здравоохранения Республики Казахстан.**

(полное наименование органа, выдавшего приложение к лицензии)

**Руководитель
(уполномоченное лицо)**

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

Номер приложения

Срок действия

**Дата выдачи
приложения** 09.11.2022

Место выдачи г.Астана

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



ПРИЛОЖЕНИЕ К ЛИЦЕНЗИИ

Номер лицензии 004297

Дата выдачи лицензии 20.09.2004 год

Подвид(ы) лицензируемого вида деятельности

- Амбулаторно-поликлиническая помощь детскому населению по специальностям
- Консультативно-диагностическая помощь
 - Анестезиология и реаниматология
 - Стоматология

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

Лицензиат

Товарищество с ограниченной ответственностью "Doctor Dent"

Республика Казахстан, г.Астана, район "Сарыарка", ул. Зеленый переезд, дом № 40, БИН: 040340007738

(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

город Астана, район Есиль, улица Туркестан, дом 8, н.п 15

(местонахождение)

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 36 Закона Республики Казахстан «О разрешениях и уведомлениях»)

Лицензиар

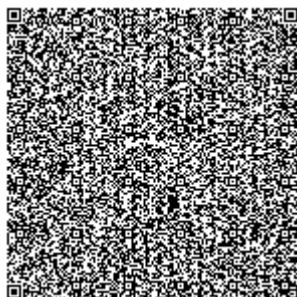
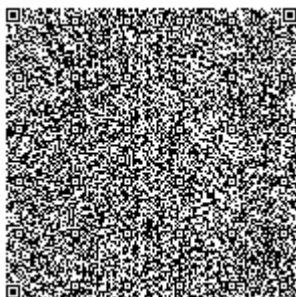
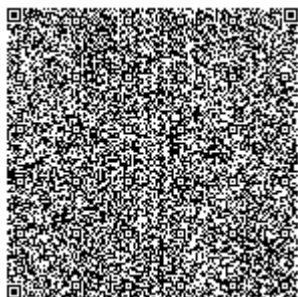
**Республиканское государственное учреждение "Департамент Комитета медицинского и фармацевтического контроля Министерства здравоохранения Республики Казахстан по городу Нур-Султан".
Министерство здравоохранения Республики Казахстан.**

(полное наименование органа, выдавшего приложение к лицензии)

Руководитель (уполномоченное лицо)

Габбасова Гульнар Избастиновна

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



Номер приложения

Срок действия

**Дата выдачи
приложения** 09.11.2022

Место выдачи г.Астана

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

