



## ЛИЦЕНЗИЯ

**10.10.2017 года**

**17017427**

**Выдана**

**Товарищество с ограниченной ответственностью "Аллергоскрин"**

Республика Казахстан, Карагандинская область, Караганда Г.А., г.Караганда,  
УЛИЦА ЛЕНИНА, дом № 3., 1., БИН: 170540026609

(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)

**на занятие**

**Медицинская деятельность**

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

**Особые условия**

(в соответствии со статьей 36 Закона Республики Казахстан «О разрешениях и уведомлениях»)

**Примечание**

**Неотчуждаемая, класс 1**

(отчуждаемость, класс разрешения)

**Лицензиар**

**Управление здравоохранения Карагандинской области. Акимат Карагандинской области.**

(полное наименование лицензиара)

**Руководитель  
(уполномоченное лицо)**

**НУРЛЫБАЕВ ЕРЖАН ШАКИРОВИЧ**

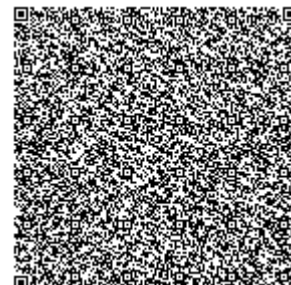
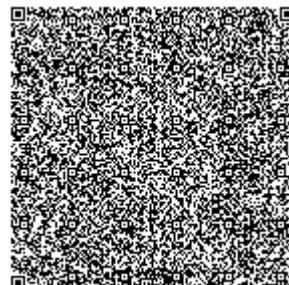
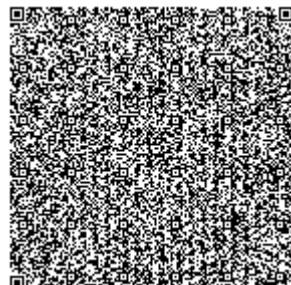
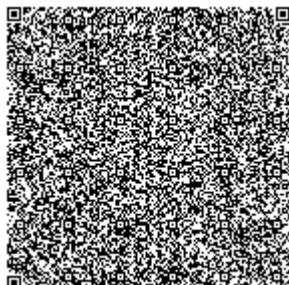
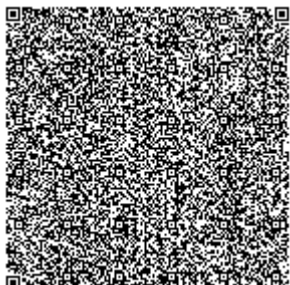
(фамилия, имя, отчество (в случае наличия))

**Дата первичной выдачи**

**Срок действия  
лицензии**

**Место выдачи**

**г.Караганда**





## ПРИЛОЖЕНИЕ К ЛИЦЕНЗИИ

Номер лицензии 17017427

Дата выдачи лицензии 10.10.2017 год

**Подвид(ы) лицензируемого вида деятельности:**

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

- Первичная медико-санитарная помощь

- Доврачебная

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

**Лицензиат**

**Товарищество с ограниченной ответственностью "Аллергоскрин"**

Республика Казахстан, Карагандинская область, Караганда Г.А., г.Караганда, УЛИЦА ЛЕНИНА, дом № 3., 1., БИН: 170540026609

(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**

**Республика Казахстан, Карагандинская область, город Караганда, район Казыбек би, улица Ленина, дом 3, нежилое помещение 1.**

(местонахождение)

**Особые условия  
действия лицензии**

(в соответствии со статьей 36 Закона Республики Казахстан «О разрешениях и уведомлениях»)

**Лицензиар**

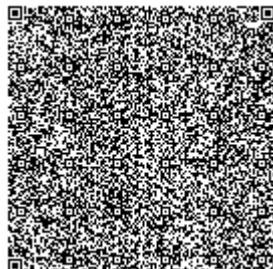
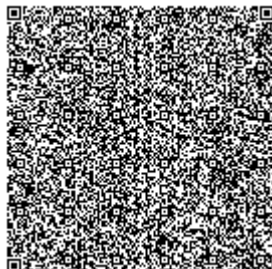
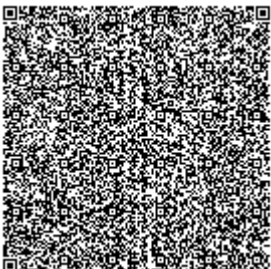
**Управление здравоохранения Карагандинской области. Акимат Карагандинской области.**

(полное наименование органа, выдавшего приложение к лицензии)

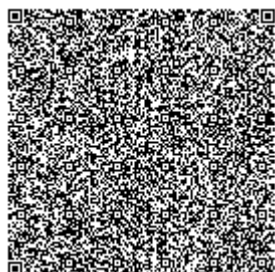
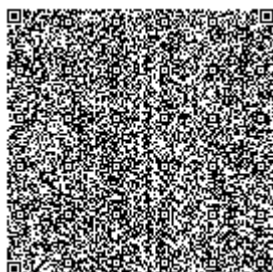
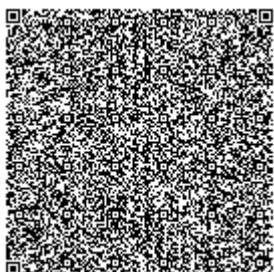
**Руководитель  
(уполномоченное лицо)**

**НУРЛЫБАЕВ ЕРЖАН ШАКИРОВИЧ**

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



<b>Номер приложения</b>	001
<b>Срок действия</b>	
<b>Дата выдачи приложения</b>	10.10.2017
<b>Место выдачи</b>	г.Караганда





## ПРИЛОЖЕНИЕ К ЛИЦЕНЗИИ

Номер лицензии 17017427

Дата выдачи лицензии 10.10.2017 год

### Подвид(ы) лицензируемого вида деятельности:

- Амбулаторно-поликлиническая помощь взрослому и (или) детскому населению по специальностям
- Консультативно-диагностическая помощь
- Лабораторная диагностика
- Иммунологические исследования

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

### Лицензиат

**Товарищество с ограниченной ответственностью "Аллергоскрин"**

Республика Казахстан, Карагандинская область, Караганда Г.А., г.Караганда, УЛИЦА ЛЕНИНА, дом № 3., 1., БИН: 170540026609

(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

**Республика Казахстан, Карагандинская область, город Караганда, район имени Казыбек би, бульвар Мира, дом 10А.**

(местонахождение)

### Особые условия действия лицензии

(в соответствии со статьей 36 Закона Республики Казахстан «О разрешениях и уведомлениях»)

### Лицензиар

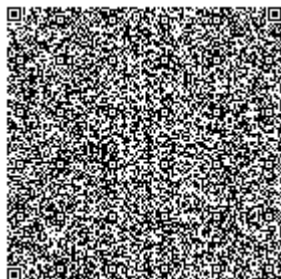
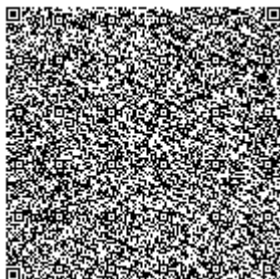
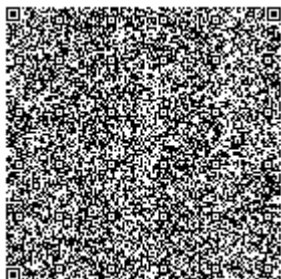
**Управление здравоохранения Карагандинской области. Акимат Карагандинской области.**

(полное наименование органа, выдавшего приложение к лицензии)

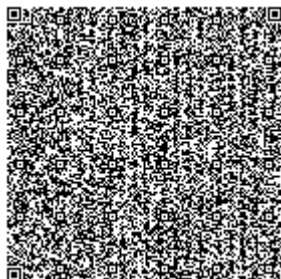
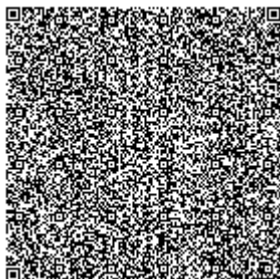
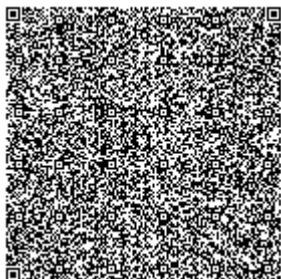
### Руководитель (уполномоченное лицо)

**НУРЛЫБАЕВ ЕРЖАН ШАКИРОВИЧ**

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



<b>Номер приложения</b>	002
<b>Срок действия</b>	
<b>Дата выдачи приложения</b>	07.12.2017
<b>Место выдачи</b>	г.Караганда





## ПРИЛОЖЕНИЕ К ЛИЦЕНЗИИ

Номер лицензии 17017427

Дата выдачи лицензии 10.10.2017 год

### Подвид(ы) лицензируемого вида деятельности

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

- Первичная медико-санитарная помощь

- Доврачебная

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

### Лицензиат

**Товарищество с ограниченной ответственностью "Аллергоскрин"**

Республика Казахстан, Карагандинская область, Караганда Г.А., г.Караганда,  
УЛИЦА ЛЕНИНА, дом № 3, 1, БИН: 170540026609

(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

**010000 г. Нур-Султан, ул. Сатпаева, 22, кабинет 22.**

(местонахождение)

### Особые условия действия лицензии

(в соответствии со статьей 36 Закона Республики Казахстан «О разрешениях и уведомлениях»)

### Лицензиар

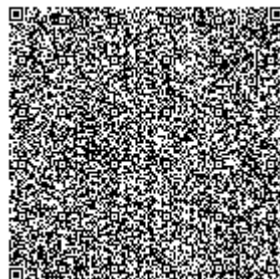
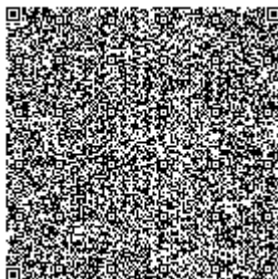
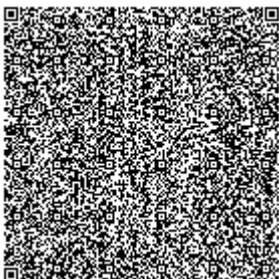
**Республиканское государственное учреждение "Департамент Комитета  
медицинского и фармацевтического контроля Министерства  
здравоохранения Республики Казахстан по Карагандинской области".  
Министерство здравоохранения Республики Казахстан.**

(полное наименование органа, выдавшего приложение к лицензии)

### Руководитель (уполномоченное лицо)

**Смирнова Ольга Викторовна**

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



**Номер приложения** 003

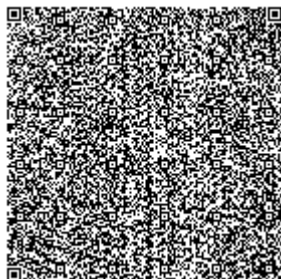
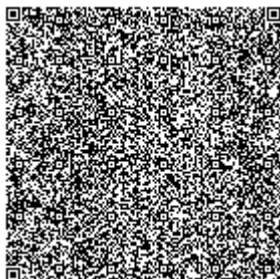
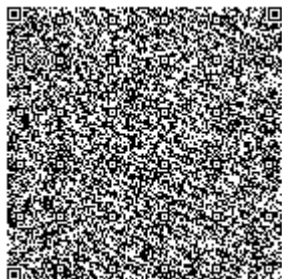
**Срок действия**

**Дата выдачи приложения** 11.02.2021

**Место выдачи** г.Караганда

---

(наименование вида деятельности, к которому относится выдаваемый документ, в соответствии с классификацией видов экономической деятельности Республики Казахстан «Организационных и управленческих») )





## ПРИЛОЖЕНИЕ К ЛИЦЕНЗИИ

Номер лицензии 17017427

Дата выдачи лицензии 10.10.2017 год

### Подвид(ы) лицензируемого вида деятельности

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

- Первичная медико-санитарная помощь

- Доврачебная

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

### Лицензиат

**Товарищество с ограниченной ответственностью "Аллергоскрин"**

Республика Казахстан, Карагандинская область, Караганда Г.А., г.Караганда,  
УЛИЦА ЛЕНИНА, дом № 3, 1, БИН: 170540026609

(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. Актобе, ул. Аз Наурыза, 5 (пункт забора крови)**

(местонахождение)

### Особые условия действия лицензии

(в соответствии со статьей 36 Закона Республики Казахстан «О разрешениях и уведомлениях»)

### Лицензиар

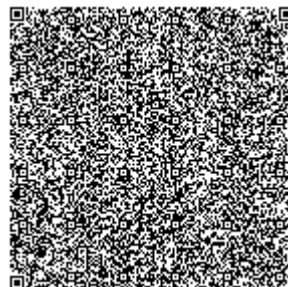
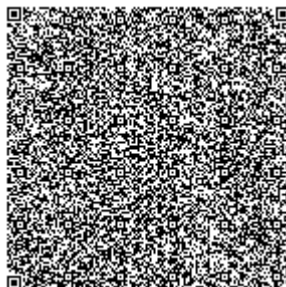
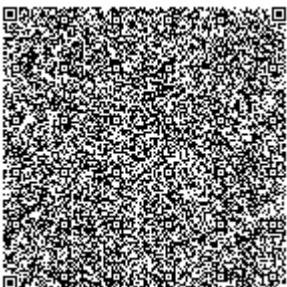
**Республиканское государственное учреждение "Департамент Комитета  
медицинского и фармацевтического контроля Министерства  
здравоохранения Республики Казахстан по Актюбинской области".  
Министерство здравоохранения Республики Казахстан.**

(полное наименование органа, выдавшего приложение к лицензии)

### Руководитель (уполномоченное лицо)

**Латыпова Алия Мухтаровна**

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



**Номер приложения** 004

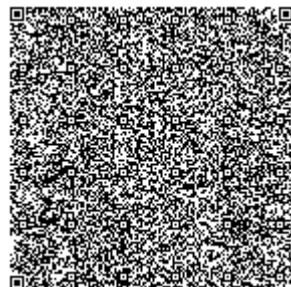
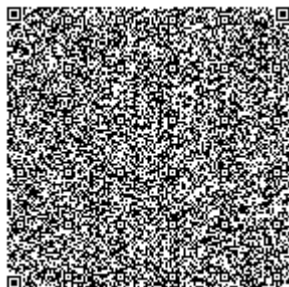
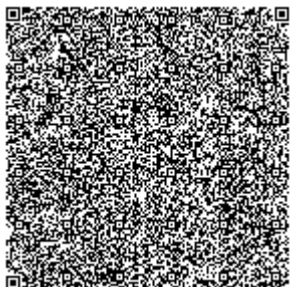
**Срок действия**

**Дата выдачи приложения** 15.07.2021

**Место выдачи** г.Актобе

---

(наименование вида деятельности, в котором осуществляется выдача, в соответствии с Законом Республики Казахстан «Об электронных документах и электронном документообороте») (наименование вида деятельности, в котором осуществляется выдача, в соответствии с Законом Республики Казахстан «Об электронных документах и электронном документообороте»))





## ПРИЛОЖЕНИЕ К ЛИЦЕНЗИИ

Номер лицензии 17017427

Дата выдачи лицензии 10.10.2017 год

### Подвид(ы) лицензируемого вида деятельности

- Амбулаторно-поликлиническая помощь взрослому и (или) детскому населению по специальностям
- Консультативно-диагностическая помощь
- Лабораторная диагностика
- Иммунологические исследования

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

### Лицензиат

**Товарищество с ограниченной ответственностью "Аллергоскрин"**

Республика Казахстан, Карагандинская область, Караганда Г.А., г.Караганда, УЛИЦА ЛЕНИНА, дом № 3, 1, БИН: 170540026609

(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

Республика Казахстан, город Астана, Алматинский район, ул. Ахмет Байтұрсынұлы, д.б, н.п.7

(местонахождение)

### Особые условия действия лицензии

(в соответствии со статьей 36 Закона Республики Казахстан «О разрешениях и уведомлениях»)

### Лицензиар

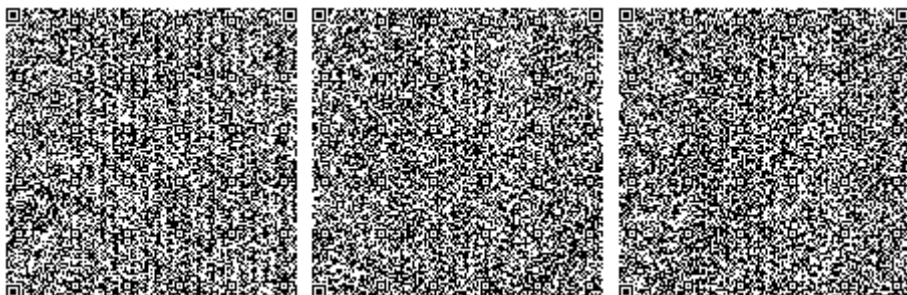
Республиканское государственное учреждение "Департамент Комитета медицинского и фармацевтического контроля Министерства здравоохранения Республики Казахстан по Карагандинской области".  
Министерство здравоохранения Республики Казахстан.

(полное наименование органа, выдавшего приложение к лицензии)

### Руководитель (уполномоченное лицо)

**Смирнова Ольга Викторовна**

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



**Номер приложения** 005

**Срок действия**

**Дата выдачи приложения** 23.05.2024

**Место выдачи** г. Караганда

---

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

