23009957

ЛИЦЕНЗИЯ

26.04.2023 года **6590074DX**

Выдана **Товарищество с ограниченной ответственностью "Клиника "Дау-Мед"**

160002, Республика Казахстан, г.Шымкент, Проспект Абая, здание № 4/6
БИН: 040140006108

(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 **Фармацевтическая 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 **Республиканское государственное учреждение "Департамент Комитета медицинского и фармацевтического контроля Министерства здравоохранения Республики Казахстан по городу Шымкент". Министерство здравоохранения Республики Казахстан.**

(полное наименование лицензиара)

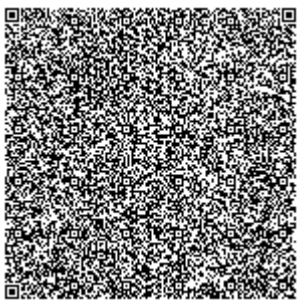
Руководитель (уполномоченное лицо) **Кенжеханова Алмагуль Жумахановна**

(фамилия, имя, отчество (в случае наличия)

Дата первичной выдачи **15.12.2011**

Срок действия лицензии

Место выдачи **г.Шымкент**





ПРИЛОЖЕНИЕ К ЛИЦЕНЗИИ

Номер лицензии 6590074DX

Дата выдачи лицензии 26.04.2023 год

Подвид(ы) лицензируемого вида деятельности

- Розничная реализация лекарственных средств

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

Лицензиат **Товарищество с ограниченной ответственностью "Клиника "Дау-Мед"**

160002, Республика Казахстан, г.Шымкент, Проспект Абая, здание № 4/6, БИН: 040140006108

(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 Шымкент, район Тұран, проспект Абая, здание 4/6;**

(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 городу Шымкент". Министерство здравоохранения Республики Казахстан.**

(полное наименование органа, выдавшего приложение к лицензии)

Руководитель (уполномоченное лицо) **Кенжеханова Алмагуль Жумахановна**

(фамилия, имя, отчество (в случае наличия)

Номер приложения 001

Срок действия

Дата выдачи приложения 26.04.2023

Место выдачи г.Шымкент

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

