25009272

ЛИЦЕНЗИЯ

28.03.2025 года **6590093DX**

Выдана **Товарищество с ограниченной ответственностью "Клиника Хадиша "**

160000, РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН, Г.ШЫМКЕНТ, Микрорайон Асар улица Аққөпір, здание № 1/1
БИН: 180940005942

(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)

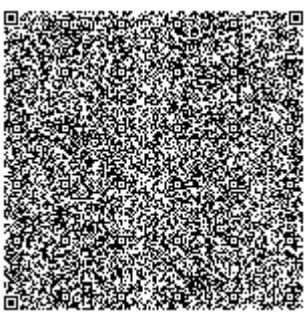
Руководитель (уполномоченное лицо) **Кулиева Елана Шамистанқызы**

(фамилия, имя, отчество (в случае наличия)

Дата первичной выдачи **07.12.2018**

Срок действия лицензии

Место выдачи **Г.ШЫМКЕНТ**



ПРИЛОЖЕНИЕ К ЛИЦЕНЗИИ

Номер лицензии 6590093DX

Дата выдачи лицензии 28.03.2025 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 Хадиша"**
160000, РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН, Г.ШЫМКЕНТ, Микрорайон Асар улица Аққөпір, здание № 1/1, БИН: 180940005942

(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 **Қазақстан Республикасы, Шымкент қаласы, Тұран ауданы, Абай даңғылы, ғимарат 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) **Кулиева Елана Шамистанқызы**

(фамилия, имя, отчество (в случае наличия)

Номер приложения 001

Срок действия

Дата выдачи приложения 28.03.2025

Место выдачи Г.ШЫМКЕНТ

ПРИЛОЖЕНИЕ К ЛИЦЕНЗИИ

Номер лицензии 6590093DX

Дата выдачи лицензии 28.03.2025 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 Хадиша"**
160000, РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН, Г.ШЫМКЕНТ, Микрорайон Асар улица Аққөпір, здание № 1/1, БИН: 180940005942

(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, Абайский район, Микрорайон Асар, улица Аққөпір, здание №1/1**

(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) **Кулиева Елана Шамистанқызы**

(фамилия, имя, отчество (в случае наличия)

Номер приложения 002

Срок действия

Дата выдачи приложения 28.03.2025

Место выдачи Г.ШЫМКЕНТ

ПРИЛОЖЕНИЕ К ЛИЦЕНЗИИ

Номер лицензии 6590093DX

Дата выдачи лицензии 28.03.2025 год

Подвид(ы) лицензируемого вида деятельности

- Оптовая реализация лекарственных средств

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

Лицензиат **Товарищество с ограниченной ответственностью "Клиника Хадиша"**
160000, РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН, Г.ШЫМКЕНТ, Микрорайон Асар улица Аққөпір, здание № 1/1, БИН: 180940005942

(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, Абайский район, микрорайон Асар, улица Аққөпір, здание 1/1**

(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) **Кулиева Елана Шамистанқызы**

(фамилия, имя, отчество (в случае наличия)

Номер приложения 002

Срок действия

Дата выдачи приложения 02.05.2025

Место выдачи Г.ШЫМКЕНТ