



## ПРИЛОЖЕНИЕ К ГОСУДАРСТВЕННОЙ ЛИЦЕНЗИИ

Номер лицензии 18004307

Дата выдачи лицензии 27.02.2018 год

### Подвид(ы) лицензируемого вида деятельности:

- Деятельность, связанная с оборотом прекурсоров (в системе здравоохранения)
  - Использование прекурсоров
  - Уничтожение прекурсоров
  - Приобретение прекурсоров
  - Хранение прекурсоров
- Деятельность в сфере оборота психотропных веществ (в системе здравоохранения)
  - Использование психотропных веществ
  - Уничтожение психотропных веществ
  - Приобретение психотропных веществ
  - Хранение психотропных веществ
- Деятельность в сфере оборота наркотических средств (в системе здравоохранения)
  - Использование наркотических средств
  - Уничтожение наркотических средств
  - Приобретение наркотических средств
  - Хранение наркотических средств

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

### Лицензиат

Товарищество с ограниченной ответственностью "Almaz Medical Group"

080000, Республика Казахстан, Жамбылская область, Тараз Г.А., г.Тараз, МИКРОРАЙОН АКБУЛАК, дом № 29Б., БИН: 170440000255

(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

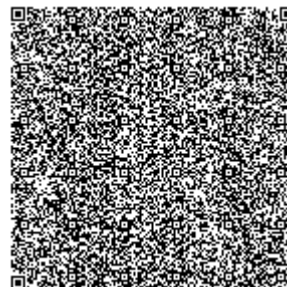
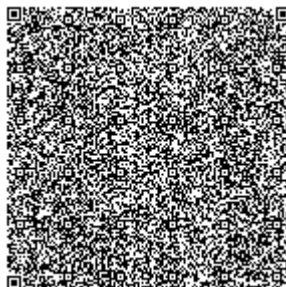
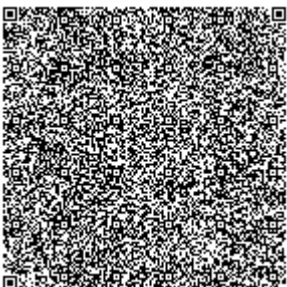
РК, Жамбылская область, г.Тараз микрорайон Мынбулак, дом 7

(местонахождение)

### Особые условия

действия лицензии

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



**Лицензиар**

Управление здравоохранения Жамбылской области. Акимат Жамбылской области.

(полное наименование органа, выдавшего приложение к лицензии)

**Руководитель  
(уполномоченное лицо)**

**ДЖУМАНКУЛОВ МАРАТ СЕЙТБЕКОВИЧ**

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

## Номер приложения

001

### Срок действия

27.02.2023

**Дата выдачи  
приложения**

27.02.2018

### Место выдачи

г.Тараз

