

**Эпидемиялық маңыздылығы болмашы объекті қызметінің басталғаны
және тоқтатылғаны (оларды пайдалану) туралы хабарлама**

1. "Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Санитариялық-эпидемиологиялық бақылау комитеті Шығыс Қазақстан облысының санитариялық-эпидемиологиялық бақылау департаменті Глубокое аудандық санитариялық-эпидемиологиялық бақылау басқармасы" республикалық мемлекеттік мекемесі

(мемлекеттік органның толық атауы)

2. Осымен Шығыс Қазақстан облысы денсаулық сақтау басқармасының "Шығыс Қазақстан облыстық фтизиопульмонология орталығы" шаруашылық жүргізу құқығындағы коммуналдық мемлекеттік кәсіпорны, 960340000356

(заңды тұлғаның (оның ішінде шетелдік заңды тұлғаның) толық атауы, орналасқан жері, бизнес-сәйкестендіру нөмірі, заңды тұлғаның бизнес-сәйкестендіру нөмірі болмаған жағдайда – шетелдік заңды тұлға филиалының немесе өкілдігінің бизнес-сәйкестендіру нөмірі)/ жеке тұлғаның толық тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), жеке сәйкестендіру нөмірі)

Қызметті бастағаны туралы хабарлама.

паллиативтік көмек және мейіргер күтімін көрсететін денсаулық сақтау объектілері:

3. Заңды тұлғаның орналасқан жерінің мекенжайы/жеке тұлғаның заңды мекенжайы 070512, Қазақстан Республикасы, Шығыс Қазақстан облысы, Глубокое ауданы, Опытное поле а.о., Опытное поле а., Локомотивная көшесі, № 3/1 құрылыс

(шетелдік заңды тұлға үшін-елі, пошталық индексі, облысы, қаласы, ауданы, елді мекені, көше атауы, үй/ғимарат (стационарлық үй-жайлар) нөмірі)

4. Электрондық пошта VKOPTD@RAMBLER.RU

5. Телефондар 8 /7232/-78-97-87

6. Факс 8/7232/-78-53-86

7. Қызметті жүзеге асыру мекенжайы(лары)

№	Мекенжайы
7.1	070512, Қазақстан Республикасы, Шығыс Қазақстан облысы, Глубокое ауданы, Опытное поле а.о., Опытное поле а., Локомотив, № 3 үй

(пошталық индексі, облысы, қаласы, ауданы, елді мекені, көше атауы, үй/ғимарат (стационарлық үй-жайлар) нөмірі)

8. Қосымша мәліметтер

(Қазақстан Республикасының заңнамасында көзделген жағдайларда тиісті ақпарат көрсетіледі)

9. Хабарламаға қоса беріледі

№	Құжаттар атауы
---	----------------

10. Қызметтің немесе белгілі бір іс-қимылдың жүзеге асырылуы 10.01.2023 басталады.

11. Қызметтің немесе белгілі бір іс-қимылдың жүзеге асырылуы тоқтатылады

Осы хабарламаны бере отырып, өтініш беруші мына төмендегілерді растайды:

көрсетілген барлық деректер ресми болып табылады және оларға қызметті немесе іс-қимылды жүзеге асыру мәселелері бойынша кез келген ақпарат жолдануы мүмкін;

өтініш берушіге мәлімделген қызметтің түрімен немесе жекелеген іс-қимылдармен айналысуға сот тыйым салмайды;

қоса берілген құжаттардың барлығы шындыққа сәйкес келеді және жарамды болып табылады;

өтініш беруші қызметті немесе іс-қимылды жүзеге асыруды бастағанға дейін одан әрі де орындау үшін міндетті Қазақстан Республикасы заңнамасының талаптарын сақтауды қамтамасыз етеді.

12. Өтініш беруші Шығыс Қазақстан облысы денсаулық сақтау басқармасының "Шығыс Қазақстан облыстық фтизиопульмонология орталығы" шаруашылық жүргізу құқығындағы коммуналдық мемлекеттік кәсіпорны
(тегі, аты, әкесінің аты)

Берілген күні және уақыты: 10.01.2023 15:03:47

