



**Заявление
юридического лица на переоформления лицензии и (или)
приложения к лицензии**

KZ80BFA00156641

В Республиканское государственное учреждение "Департамент по обеспечению качества в сфере образования области Жетісу Комитета по обеспечению качества в сфере образования Министерства просвещения Республики Казахстан"

(полное наименование лицензиара)

От Товарищество с ограниченной ответственностью "Медицинский колледж "Авиценна" города Талдыкорган, 170340014668

(полное наименование юридического лица, бизнес-идентификационный номер)

Прошу переоформить лицензию и (или) приложение на осуществление вида деятельности:

Образовательная деятельность

(указать вид деятельности и (или) подвид(ы) деятельности)

№	Шифр/квалификация	или специальность и/или квалификация или направление	Форма обучения	Срок действия
1	4S09130103	Медицинская сестра общей практики		
2	4S09120101	Фельдшер		

Адрес юридического лица

040000, Республика Казахстан, область Жетісу, Талдыкорган Г.А., г. Талдыкорган, улица Ж.Балапанова, строение № 26

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

Электронная почта

dt.aid@mail.ru

Телефоны

87010550085

Факс

Банковский счет

(номер счета, наименование и местонахождение банка)

Адрес объекта осуществления деятельности и.

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

Прилагается 1 листов

все указанные данные являются официальными контактами и на них может быть направлена любая информация по вопросам выдачи или отказа в выдаче лицензии и (или) приложения к лицензии;

заявителю не запрещено судом заниматься лицензируемым видом и (или) подвидом деятельности;

все прилагаемые документы соответствуют действительности и являются действительными;

заявитель согласен на использование персональных данных ограниченного доступа, составляющих охраняемую законом тайну, содержащихся в информационных системах. при вылаче лицензии и (или) приложения к лицензии:

Руководитель

Жакасова Алмагуль Сериккановна

(подпись)

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

Дата заполнения:17.01.2023

