

**Об утверждении квалификационных требований, предъявляемых к медицинской и фармацевтической деятельности**

Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 23 января 2015 года № 27. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 1 апреля 2015 года № 10600

      В соответствии с подпунктом 74) пункта 1 статьи 7 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения», **ПРИКАЗЫВАЮ**:  
      1. Утвердить прилагаемые квалификационные требования, предъявляемые к медицинской и фармацевтической деятельности.  
      2. Комитету контроля медицинской и фармацевтической деятельности обеспечить:  
      1) государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан;  
      2) в течение десяти календарных дней после государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан направление на официальное опубликование в периодических печатных изданиях и информационно-правовой системе «Әділет»;  
      3) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан.  
      3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на вице-министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан Цой А.В.  
      4. Настоящий приказ вводится в действие по истечении двадцати одного календарного дня после дня его первого официального опубликования.

*Министр                                          Т. Дуйсенова*  
*здравоохранения*  
*и социального развития*  
*Республики Казахстан*

*СОГЛАСОВАНО*   
*Министра по инвестициям*   
*и развитию*   
*Республики Казахстан*   
*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ А. Исекешев*   
*25 февраля 2015 года*

*СОГЛАСОВАНО*  
*Министр национальной*  
*экономики*  
*Республики Казахстан*  
*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Е. Досаев*   
*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 года*

Утверждены               
приказом Министра здравоохранения    
и социального развития          
Республики Казахстан           
от 23 января 2015 года № 27

**Квалификационные требования, предъявляемые**  
           **к медицинской и фармацевтической деятельности**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Квалификационные требования включают наличие: | Сведения о соответствии квалификационным требованиям | Примечание |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Для медицинской деятельности | | | |
| 1 | помещения или здания на праве собственности или аренды или доверительного управления государственным имуществом | сведения о соответствии квалификационным требованиям,  предъявляемым при лицензировании медицинской деятельности, по форме согласно приложению 1 к настоящим квалификационным требованиям | Сведения документов удостоверяющих право собственности услугодатель получает из Государственной базы данных «Регистр  недвижимости», интегрированной с государственной базы данных «Е-лицензирование» |
| 2 | медицинского и (или) специального оборудования, аппаратуры и инструментария, приборов, мебели, инвентаря, транспортных и других средств (при необходимости), согласно заявляемым подвидам медицинской деятельности | сведения о соответствии квалификационным требованиям,  предъявляемым при лицензировании медицинской деятельности, по форме согласно приложению 1 к настоящим квалификационным требованиям |  |
| 3 | соответствующего образования согласно заявляемым подвидам медицинской деятельности | сведения о соответствии квалификационным требованиям,  предъявляемым при лицензировании медицинской деятельности, по форме согласно приложению 1 к настоящим квалификационным требованиям |  |
| 4 | специализации или усовершенствования и других видов повышения квалификации за последние 5 лет по заявляемым подвидам медицинской деятельности | сведения о соответствии квалификационным требованиям,  предъявляемым при лицензировании медицинской деятельности, по форме согласно приложению 1 к настоящим квалификационным требованиям |  |
| 5 | соответствующего сертификата специалиста, за исключением специалистов санитарно-эпидемиологического профиля | сведения о соответствии квалификационным требованиям,  предъявляемым при лицензировании медицинской деятельности, по форме согласно приложению 1 к настоящим квалификационным требованиям |  |
| 6 | для юридических лиц - штат медицинских работников, который подтверждается сведениями о медицинских работниках, согласно приложению 1 к настоящим квалификационным требованиям | сведения о соответствии квалификационным требованиям,  предъявляемым при лицензировании медицинской деятельности, по форме согласно приложению 1 к настоящим квалификационным требованиям |  |
| 7 | для физических лиц - стажа работы по специальности не менее 5 лет по заявляемым подвидам медицинской деятельности | сведения о соответствии квалификационным требованиям,  предъявляемым при лицензировании медицинской деятельности, по форме согласно приложению 1 к настоящим квалификационным требованиям |  |
| Для фармацевтической деятельности | | | |
| 1 | помещения или здания на праве собственности или аренды или доверительного управления государственным имуществом | сведения о соответствии квалификационным требованиям,  предъявляемым при лицензировании фармацевтической деятельности, по форме согласно приложению 2 к настоящим квалификационным требованиям | Сведения документов, удостоверяющих право собственности услугодатель получает из Государственной базы данных «Регистр недвижимости», интегрированной с государственной базы данных «Е-лицензирование» |
| 2 | оборудования и мебели, инвентаря, приборов и аппаратуры для обеспечения контроля качества и соблюдения условий производства, изготовления, хранения и реализации лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники в соответствии с нормативными правовыми актами, в том числе типовыми положениями объектов в сфере обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, утвержденными Правительством Республики Казахстан; автомобильного транспортного средства с соответствующими шкафами и холодильным и другим оборудованием при необходимости, обеспечивающими соблюдение условий хранения и реализации лекарственных средств и изделий медицинского назначения, медицинской техники для передвижного аптечного пункта для отдаленных сельских местностей | сведения о соответствии квалификационным требованиям,  предъявляемым при лицензировании фармацевтической деятельности, по форме согласно приложению 2 к настоящим квалификационным требованиям |  |
| 3 | приемно-экспедиционного помещения для распределения изготовленных лекарственных препаратов структурным подразделениям в аптеках организаций здравоохранения, осуществляющих изготовление лекарственных препаратов | план помещения, утвержденный руководителем организации | При сдаче документов через веб-портал «электронного правительства» в виде электронной копии документа |
| 4 | штат работников, который подтверждается сведениями о специалистах | сведения о соответствии квалификационным требованиям,  предъявляемым при лицензировании фармацевтической деятельности, по форме согласно приложению 2 к настоящим квалификационным требованиям |  |
| 5 | соответствующего образования и стажа работы по специальности согласно заявляемым подвидам фармацевтической деятельности:  1) для организаций по производству лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники:  - высшего фармацевтического или химико-технологического, химического образования и стажа работы по специальности не менее трех лет у руководителей подразделений, непосредственно занятых на производстве лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, или технического у руководителей подразделений, непосредственно занятых на производстве изделий медицинского назначения и медицинской техники;  - высшего фармацевтического или химического, биологического образования у работников, осуществляющих контроль качества лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, или технического у работников, осуществляющих контроль качества изделий медицинского назначения и медицинской техники;  - технического образования у специалиста по обслуживанию оборудования, используемого в технологическом процессе производства лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники;  2) для субъектов в сфере обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, осуществляющих изготовление лекарственных препаратов (далее - аптека, осуществляющая изготовление лекарственных препаратов):  - высшего фармацевтического образования и стажа работы не менее трех лет по специальности у руководителя аптекой, осуществляющей изготовление лекарственных препаратов, и ее производственных отделов, а также работников, осуществляющих контроль качества лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения;  - высшего или среднего фармацевтического образования у работников, осуществляющих непосредственное изготовление лекарственных препаратов и отпуск изготовленных лекарственных препаратов;  - среднего фармацевтического образования и стажа работы не менее трех лет работы у руководителя аптекой и ее производственных отделов при отсутствии специалистов с высшим фармацевтическим образованием в районном центре и сельской местности;  3) для аптек:  - высшего фармацевтического образования или среднего фармацевтического образования (стаж работы по специальности не менее трех лет) у руководителя аптекой или ее отделов;  - высшего или среднего фармацевтического образования у специалистов, осуществляющих реализацию лекарственных средств и изделий медицинского назначения;  4) для аптечного пункта в организациях здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную, консультативно-диагностическую помощь (далее - аптечный пункт):  - высшего фармацевтического образования или среднего фармацевтического образования (стаж работы по специальности не менее трех лет) у заведующего аптечным пунктом, а также работников, осуществляющих реализацию лекарственных средств и изделий медицинского назначения. В аптечных пунктах для отдаленных сельских местностей, где отсутствуют аптеки, в случае отсутствия специалистов с фармацевтическим образованием, реализацию лекарственных средств и изделий медицинского назначения осуществляют специалисты с медицинским образованием, аттестованные в порядке, определенном уполномоченным органом в области здравоохранения;  5) для аптечного склада:  - высшего фармацевтического образования и стажа работы не менее трех лет у руководителя аптечного склада и работника, осуществляющего реализацию лекарственных средств и изделий медицинского назначения;  - высшего или среднего фармацевтического образования у руководителей отделов аптечного склада и работников, осуществляющих приемку, хранение и отпуск лекарственных средств и изделий медицинского назначения;  6) для передвижного аптечного пункта для отдаленных сельских местностей (далее - передвижной аптечный пункт), где отсутствуют аптеки:  - высшего или среднего фармацевтического образования у заведующего передвижным аптечным пунктом, а также работников, осуществляющих реализацию лекарственных средств и изделий медицинского назначения. В случае отсутствия специалистов с фармацевтическим образованием, реализацию лекарственных средств и изделий медицинского назначения в передвижных аптечных пунктах осуществляют специалисты с медицинским образованием, аттестованные в порядке, определенном уполномоченным органом в области здравоохранения;  7) для изготовления изделий медицинского назначения, изделий медицинской оптики:  - высшим или средним фармацевтическим, медицинским или техническим образованием | сведения о соответствии квалификационным требованиям,  предъявляемым при лицензировании фармацевтической деятельности, по форме согласно приложению 2 к настоящим квалификационным требованиям |  |
| 6 | специализации или усовершенствования и других видов повышения квалификации за последние 5 лет по заявляемым подвидам фармацевтической деятельности | сведения о соответствии квалификационным требованиям,  предъявляемым при лицензировании фармацевтической деятельности, по форме согласно приложению 2 к настоящим квалификационным требованиям |  |
| 7 | фармацевтического образования для физических лиц, претендующих на занятие фармацевтической деятельностью без образования юридического лица | сведения о соответствии квалификационным требованиям,  предъявляемым при лицензировании фармацевтической деятельности, по форме согласно приложению 2 к настоящим квалификационным требованиям |  |

Приложение 1                
к квалификационным требованиям      
предъявляемых к медицинской        
и фармацевтической деятельности

Форма

**Сведения о соответствии квалификационным требованиям,**  
   **предъявляемым при лицензировании медицинской деятельности**

             \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                  (наименование субъекта здравоохранения)  
                  (по состоянию на «\_\_» \_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года)

      Сведения, подтверждающие наличие:  
      1. Помещения или здания на праве собственности или договора  
аренды и поэтажного плана указанного помещения (здания):  
Сведения о производственной базе на праве собственности  
(хозяйственного ведения или оперативного управления) и (или) аренды  
      1. Кадастровый номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
      2. Местоположения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
      3. Номер и дата договора об аренде \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
      2. Медицинского и (или) специального оборудования, аппаратуры  
и инструментария, приборов, мебели, инвентаря, транспортных и других  
средств, согласно заявляемым подвидам медицинской деятельности:  
      Список медицинского и (или) специального оборудования,  
аппаратуры и инструментария, приборов, мебели, инвентаря, транспортных и других средств

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование медицинского и (или) специального оборудования, аппаратуры и инструментария, приборов, мебели, инвентаря, транспортных и других средств (по паспорту) | Страна  производитель | Единица  измерения | Количество | Год  выпуска | Состояние  (рабочее/ не рабочее) |
|  |  |  |  |  |  |  |

      3. Соответствующего образования согласно заявляемым подвидам  
медицинской деятельности:  
                 Сведения о медицинском образовании  
      1. Специальность по диплому \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
      2. Квалификация по диплому \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
      3. Номер диплома \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
      4. Серия диплома \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
      5. Полное наименование организации образования\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
      7. Год поступления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
      8. Год окончания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
      8. Сведения о нострификации диплома (при необходимости) \_\_\_\_\_\_\_  
      4. Специализации или усовершенствования и других видов  
повышения квалификации за последние 5 лет по заявляемым подвидам  
медицинской деятельности:  
        Сведения о повышении квалификации по заявляемой специальности  
      1. Номер документа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
      2. Наименование цикла \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
      3. Полное наименование обучающей организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
      4. Начало обучения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
      5. Окончание обучения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
      6. Количество часов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
      5. Соответствующего сертификата специалиста:  
                  Сведения о сертификате специалиста  
      1. Наименование специальности, по которой выдан сертификат  
специалиста  
      2. Квалификационная категория (при наличие – указать)  
      3. Орган, выдавший сертификат специалиста   
      4. Регистрационный номер   
      5. Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
      6. Срок действия сертификата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
      6. Штат медицинских работников, который подтверждается сведениями о медицинских работниках:  
        Сведения о медицинских работниках медицинских организаций  
                       (для юридического лица)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Фамилия, имя, отчество | Занимаемая должность | Образование | Стаж по специальности |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

      7. У физических лиц – стажа работы по специальности не менее  
5 лет по заявляемым подвидам медицинской деятельности:  
            Трудовая деятельность по заявляемой специальности  
                          (для физического лица)  
      1. Наименование медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
      2. Местонахождение организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
      3. Занимаемая должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
      4. Дата приема на работу по заявляемой специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_  
      5. Дата увольнения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение 2            
к квалификационным требованиям    
предъявляемых к медицинской      
и фармацевтической деятельности

Форма

**Сведения о соответствии квалификационным требованиям,**  
**предъявляемым при лицензировании фармацевтической деятельности**

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                  (наименование субъекта здравоохранения)  
                 (по состоянию на «\_\_» \_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года)

      Сведения, подтверждающие наличие:  
      1. Помещения или здания на праве собственности или аренды, или  
доверительного управления государственным имуществом:  
      Сведения о производственной базы на праве собственности  
(хозяйственного ведения или оперативного управления) и (или) аренды  
      1. Кадастровый номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
      2. Местоположения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
      3. Номер и дата договора об аренде \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
      4. Арендодатель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
      5. Срок окончания аренды \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
      6. Адрес помещения (здания) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
      7. Арендуемая квадратура \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
      2. Оборудования и мебели, инвентаря, приборов и аппаратуры  
для обеспечения контроля качества и соблюдения условий производства,  
изготовления, хранения и реализации лекарственных средств, изделий  
медицинского назначения и медицинской техники в соответствии с  
нормативными правовыми актами, в том числе типовыми положениями  
объектов в сфере обращения лекарственных средств, изделий  
медицинского назначения и медицинской техники, утвержденными  
Правительством Республики Казахстан; автомобильного транспортного  
средства с соответствующими шкафами и холодильным и другим  
оборудованием при необходимости, обеспечивающими соблюдение условий  
хранения и реализации лекарственных средств и изделий медицинского  
назначения, медицинской техники для передвижного аптечного пункта для  
отдаленных сельских местностей:

      Список оборудования, аппаратуры, приборов, мебели, инвентаря,  
                     транспортных и других средств

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование медицинского и (или) специального оборудования, аппаратуры и инструментария, приборов, мебели, инвентаря, транспортных и других средств (по паспорту) | Страна  производитель | Единица  измерения | Год  выпуска | Состояние  (рабочее/не рабочее) |

      3. Сведения о специалистов организаций здравоохранения,  
осуществляющих фармацевтическую деятельность:  
            Список о специалистах организаций здравоохранения,  
                осуществляющих фармацевтическую деятельность

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ФИО | Занимаемая должность | Образование, специальность | Стаж по специальности | Документ о повышении квалификации за последние 5 лет |

      4. Соответствующего образования согласно заявляемым подвидам  
фармацевтической деятельности и стаж работы по специальности:  
             Сведения о фармацевтическом образовании  
      1. Специальность и квалификация \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
      2. Номер диплома о высшем или среднем фармацевтическом образовании \_\_\_\_  
      3. Дата диплома о высшем или среднем фармацевтическом образовании \_\_\_\_  
      4. Наименование учебного заведения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
      5. Место работы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
      6. Должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
      7. Трудовой стаж \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
      8. Номер и дата акта работодателя о приеме на работу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
      9. Дата приказа об увольнении с работы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
      5. Специализация или усовершенствование и другие виды повышения  
квалификации за последние 5 лет по заявляемым подвидам фармацевтической деятельности:  
                  Сведения о повышении квалификации  
      1. Специальность, по которой пройдена переподготовка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
      2. Наименование обучающей организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
      3. Номер удостоверения или свидетельства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
      4. Кем выдано \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
      5. Наименование цикла \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
      6. Количество часов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

© 2012. РГП на ПХВ Республиканский центр правовой информации Министерства юстиции Республики Казахстан