

**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