

Бақылау мен қадағалау субъектісіне (объектісіне) бармай медициналық қызметтер (көмек) көрсету саласындағы профилактикалық бақылау нәтижелері бойынша анықталған бұзушылықтарды жою туралы ұсынымның нысанын бекіту туралы

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2026 жылғы 29 маусымдағы № 69 бұйрығы. Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде 2026 жылғы 1 шілдеде № 39176 болып тіркелді

ЗҚАИ-ның ескертпесі!

Қолданысқа енгізілу тәртібін 4-т. қараңыз

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасының Кодексі 34-бабының 4-тармағына сәйкес БҰЙЫРАМЫН:

1. Бақылау мен қадағалау субъектісіне (объектісіне) бармай медициналық қызметтер (көмек) көрсету саласындағы профилактикалық бақылау нәтижелері бойынша анықталған бұзушылықтарды жою туралы ұсынымның нысаны (бұдан әрі – нысан) бекітілсін.

2. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Медициналық және фармацевтикалық бақылау комитеті Қазақстан Республикасының заңнамасында белгіленген тәртіппен:

1) осы бұйрықты Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркеуді;

2) осы бұйрықты Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің ресми интернет-ресурсында орналастыруды;

3) осы бұйрықты Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркелгеннен кейін он жұмыс күні ішінде осы тармақтың 1) және 2) тармақшаларында көзделген іс-шаралардың орындалуы туралы мәліметтерді Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Заң департаментіне ұсынуды қамтамасыз етсін.

3. Осы бұйрықтың орындалуын бақылау жетекшілік ететін Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау вице-министріне жүктелсін.

4. Осы бұйрық алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін қолданысқа енгізіледі.

2026 жылғы 12 шілдеден бастап нысанның 5-тармағының 3) тармақшасы мынандай редакцияда қолданылады деп белгіленсін:

"3) электрондық тәсілмен "цифрлық үкімет" веб-порталы арқылы:

ұсынылады."

Бақылау мен қадағалау субъектісіне (объектісіне) бармай медициналық қызметтер (көмек) көрсету саласында профилактикалық бақылау нәтижелері бойынша анықталған бұзушылықтарды жою туралы ұсыным

20__ жылғы " __ " _____ № _____

(мемлекеттік органның атауы)

1. "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 34-бабына сәйкес Сізді хабардар етеді

(бақылау мен қадағалау субъектісінің атауы, жеке сәйкестендіру нөмірі/ бизнес-сәйкестендіру нөмірі)

2. Объектінің орналасқан жері: _____

(индексі, облыс, қала, мекенжайы)

3. Бақылау мен қадағалау субъектісіне (объектісіне) бармай медициналық қызметтер (көмек) көрсету саласындағы профилактикалық бақылау нәтижелері бойынша мынадай бұзушылықтар анықталды:

Реттік нөмір	Нормативтік құқықтық актілердің баптарына, тармақтарына, тармақшаларына сілтеме жасай отырып, бұзушылық сипатының сипаттамасы	Бұзушылықтарды растайтын құжаттардың деректемелері мен атаулары

(Бұзушылықтардың әрбір фактісі жеке тармақпен белгіленеді және нормативтік құқықтық актінің ережелері бұзылған бабына, тармағына және тармақшасына сілтеме жасала отырып, бұзушылықтардың сипаттамасымен көрсетіле отырып тәртібімен нөмірленеді. Бұзушылықтар сипаттамасында бұзушылықтарды растайтын құжаттардың атауы мен деректемелеріне сілтеме жасалады).

4. "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 34-бабына сәйкес:

1) _____

2) _____ ұсынады.

Осы ұсынымды орындау қажет мерзімі: 20__ жылғы " __ " _____.

5. Бақылау мен қадағалау субъектісіне (объектісіне) бармай медициналық қызметтер (көмек) көрсету саласындағы профилактикалық бақылау нәтижелері бойынша анықталған бұзушылықтарды жою туралы осы ұсынымда көрсетілген

анықталған бұзушылықтарды жою туралы ақпарат (растайтын құжаттардың көшірмелерін қоса бере отырып) мынадай тәсілдердің бірімен:

1) электрондық мекенжайға: _____;

2) қолма-қол немесе пошта арқылы мекенжайға хабарламасы бар тапсырыс хатпен: _____

3) электрондық тәсілмен "электрондық үкімет" веб–порталы арқылы: _____ ұсынылады.

Медициналық қызметтер (көмек) көрсету саласындағы мемлекеттік органның аумақтық бөлімшесінің басшысы (басшының орынбасары)

_____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), қолы)

Ұсыным _____

_____ берілді:

(медициналық қызметтер (көмек) көрсету саласындағы аумақтық мемлекеттік органның лауазымды тұлғасының тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда),

қолы,

күні)

Ұсынымды алды (қолма-қол алған жағдайда): _____

(бақылау мен қадағалау субъектісінің уәкілетті тұлғасының тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), қолы, күні)

Ұсыным _____ жіберілді:

(жіберілгенін және (немесе) алынғаннан растайтын құжат)