Приложение 1

к стандарту государственной услуги

**«**Выдача справки с медицинской организации,

оказывающей первичную медико-санитарную помощь»

Форма

А4 форматы

Формат А4

|  |
| --- |
| КҰЖЖ бойынша ұйым коды \_\_\_\_\_\_  БСН бойынша ұйым коды \_\_\_\_\_\_\_  Код организации по ОКПО \_\_\_\_\_\_\_\_  Код организации по БИН \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Қазақстан Республикасы  Денсаулық сақтау министрлігі  Министерство здравоохранения  Республики Казахстан |  | Қазақстан Республикасы  Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының  2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 035-2/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы  Наименование организации | Медицинская документация  Форма № 035-2/ у  утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения  Республики Казахстан «23» ноября 2010 года №907 \_\_\_ |

**АНЫҚТАМА**

**СПРАВКА**

Берілген күні/дата выдачи 20   ж./г. «......» ......................

1. Т.А.Ә./Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(в соответствии с документами, удостоверяющими личность)

1-1. ЖСН/ИИН \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

2. Туған күні/дата рождения: \_\_\_\_\_ күні/число \_\_\_\_\_\_ айы/месяц \_\_\_\_\_\_\_ жылы/год.

3. Мекен жайы/адрес (место постоянного жительства): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Диспансерлік есепте тұратыны//На диспансерном учете: состоит/не состоит

(нужное подчеркнуть).

Мөрдің орны Анықтама берген дәрігердің Т.А.Ә./ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место печати Ф.И.О. врача, выдавшего справку

Қолы/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись

Күні 20 \_\_\_ жылғы «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.

Приложение 1

к стандарту государственной услуги

**«**Выдача справки с медицинской организации,

оказывающей первичную медико-санитарную помощь»

Форма

А4 форматы

Формат А4

|  |
| --- |
| КҰЖЖ бойынша ұйым коды \_\_\_\_\_\_  БСН бойынша ұйым коды \_\_\_\_\_\_\_  Код организации по ОКПО \_\_\_\_\_\_\_\_  Код организации по БИН \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Қазақстан Республикасы  Денсаулық сақтау министрлігі  Министерство здравоохранения  Республики Казахстан |  | Қазақстан Республикасы  Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының  2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 035-2/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы  Наименование организации | Медицинская документация  Форма № 035-2/ у  утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения  Республики Казахстан «23» ноября 2010 года №907 \_\_\_ |

**АНЫҚТАМА**

**СПРАВКА**

Берілген күні/дата выдачи 20   ж./г. «......» ......................

1. Т.А.Ә./Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(в соответствии с документами, удостоверяющими личность)

1-1. ЖСН/ИИН \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

2. Туған күні/дата рождения: \_\_\_\_\_ күні/число \_\_\_\_\_\_ айы/месяц \_\_\_\_\_\_\_ жылы/год.

3. Мекен жайы/адрес (место постоянного жительства): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Диспансерлік есепте тұратыны//На диспансерном учете: состоит/не состоит

(нужное подчеркнуть).

Мөрдің орны Анықтама берген дәрігердің Т.А.Ә./ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место печати Ф.И.О. врача, выдавшего справку

Қолы/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись

Күні 20 \_\_\_ жылғы «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.