



Утвержден
приказом директора ГКП на ПХВ
«Многопрофильная городская детская
больница №2» акимата города Астана
от «...» апреля 2024 года № ... - 6

**РЕГЛАМЕНТ РАБОТЫ
ГКП НА ПХВ «МНОГОПРОФИЛЬНАЯ ГОРОДСКАЯ ДЕТСКАЯ
БОЛЬНИЦА №2» АКИМАТА ГОРОДА АСТАНА**

Глава I. Общие положения

1. ГКП на ПХВ «Многопрофильная городская детская больница №2» акимата города Астаны (далее-больница) осуществляет свою деятельность в соответствии с Конституцией Республики Казахстан, Гражданским кодексом Республики Казахстан, Кодексом Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» и правовыми актами Республики Казахстан, Уставом больницы, а также настоящим Регламентом.

2. Больница организует свою работу в соответствии с предметом деятельности, указанным в Уставе больницы.

3. Органами управления больницы являются: Наблюдательный совет, Директор.

Органы управления больницы осуществляют свою деятельность в соответствии с Уставом больницы, внутренними документами, регулирующими их деятельность, настоящим Регламентом и иными правовыми актами Республики Казахстан.

4. Задачи и функции структурных подразделений больницы определяются положениями и иными внутренними документами больницы.

Права и обязанности руководителей структурных подразделений и работников устанавливаются должностными инструкциями и положениями о соответствующих структурных подразделениях, утверждаемыми отдельными приказами Директора.

5. Настоящий регламент работы больницы (далее-Регламент) регулирует внутреннюю деятельность больницы и устанавливает порядок:

- 1) работы больницы;
- 2) организации работы с документами;
- 3) организации контроля за исполнением документов;
- 4) создания, деятельности и прекращения деятельности консультативно-совещательных органов, рабочих групп больницы;

6. Термины и определения, используемые в Регламенте:

1) аппаратное/производственное совещание - совещание по вопросам деятельности больницы, проводимое директором с руководителями структурных подразделений (в отдельных случаях - с участием работников больницы);

2) внутренние документы - документы, принимаемые органами больницы в соответствии с их компетенцией, определенной действующим законодательством Республики Казахстан, Уставом больницы, иными внутренними документами больницы, и устанавливающие нормы (правила, политики) общего характера, а также регулирующие управленческую, финансовую, производственно-хозяйственную, кадровую и иную функциональную деятельность больницы;

3) приказ - организационно-распорядительный акт руководства издаваемый в целях оформления решений руководства больницы по основной деятельности или по личному составу;

- 4) распоряжение - организационно-распорядительный акт директора, издаваемый в целях оформления решений руководства больницы по текущим и оперативным вопросам деятельности больницы, действие которого исчерпывается однократным применением;
 - 5) протокол - документ, фиксирующий ход обсуждения вопросов и принятия решений на заседаниях (собраниях), конференциях, совещаниях и заседаниях консультативно-совещательных органов, рабочих групп;
 - 6) решение директора больницы - приказ, распоряжение руководства больницы, а также протоколы, издаваемые в порядке, установленном настоящим Регламентом;
 - 7) корреспонденция - все виды входящих и исходящих документов (письма, телеграммы, телефонограммы, служебные записки и поступающие в адрес руководства, структурных подразделений, отдельных работников больницы);
 - 8) руководство больницы - Директор и Заместители;
 - 9) руководители структурных подразделений - руководители структурных подразделений больницы или лица, заменяющие их, и работники, не входящие в состав структурных подразделений, с самостоятельными функциями, задачами и ответственностью (отдельные структурные единицы);
 - 10) структурные подразделения - подразделения, входящие в организационную структуру больницы, с самостоятельными функциями, задачами и ответственностью;
 - 11) входящий документ (поступающий документ) - документ, поступивший в больницу;
 - 12) исходящий документ (отправляемый документ) - официальный документ, отправляемый из больницы;
 - 13) внутренняя документация - документы, не выходящие за пределы больницы;
 - 14) внешняя документация - нормативные и правовые акты, нормативные технические документы, которые не поступают непосредственно в больницу, но необходимы в его работе;
 - 15) Стандарты Национальной аккредитации - стандарты в области качества и безопасности для медицинских учреждений.
7. Определения (термины), применяемые, но не определенные в настоящем Регламенте, используются в том смысле, в котором используются в законодательстве Республики Казахстан, Уставе и внутренних документах больницы.

Глава 2. Порядок работы больницы

8. В соответствии с правилами трудового распорядка в больнице устанавливается пятидневная рабочая неделя для административно-управленческого персонала, режим рабочего времени для медицинского персонала определяется согласно утвержденным графикам.

Праздничными днями являются дни национальных и государственных праздников, установленных законодательством Республики Казахстан о праздниках в Республике Казахстан.

9. Привлечение работников к сверхурочной работе, к работе в праздничные и выходные дни, а также их оплата, производится в соответствии с трудовым законодательством Республики Казахстан и внутренними документами больницы.

10. Работодатель организует строгий учет рабочего времени. Учет рабочего времени - ведение табеля учета рабочего времени и составление графика работы - ведут структурные подразделения больницы в порядке, установленном внутренним документом больницы.

11. Решение кадровых вопросов осуществляется в соответствии с законодательством Республики Казахстан, внутренними документами больницы и инструкцией по кадровому делопроизводству.

12. Порядок командирования работников определяется внутренним документом, регламентирующим правила командирования работников больницы.

13. Организация ведения делопроизводства в больнице и обработка поступающей корреспонденции возлагаются на структурное подразделение, ответственное за ведение делопроизводства.

14. Прием физических и юридических лиц по личным вопросам проводится руководством больницы в соответствии с Инструкцией по рассмотрению обращений физических и юридических лиц, приема граждан в больнице и графиком, утвержденным приказом директора больницы.

Глава 3. Организация работы с документами

15. Порядок приема, регистрации, рассмотрение входящей и подготовки, согласования, отправки исходящей корреспонденции осуществляется в соответствии с Правилами документирования и управления документацией больницы в электронном документообороте, утвержденными Директором больницы.

16. Организация и ведение документов конфиденциального характера осуществляются в соответствии с внутренними документами, регламентирующими порядок обеспечения сохранности коммерческой и служебной тайны, а также по делопроизводству больницы.

17. Прием и передача дел и документов работников больницы при увольнении, при переводе на другую работу, а также выходе в отпуск, осуществляется в соответствии с Правилами документирования и управления документацией больницы.

18. Учет, использование, хранение, передача и уничтожение печатно-бланочной продукции, печатей, штампов, подлежащих защите, и средств защиты документов, осуществляются в соответствии с Правилами документирования и управления документацией больницы.

Больница имеет круглую (фирменную печать) в одном экземпляре со своим наименованием.

19. Фирменная печать ставится в следующих случаях:

- на трудовых договорах, дополнительных соглашениях к гражданско-правовых договорах, договорах о полной индивидуальной материальной ответственности - на подписи руководства больницы или подписи лица, уполномоченного на подписание данных документов правовым актом или доверенностью;
- на распоряжениях, исходящих письмах руководства больницы;
- на оригиналах внутренних документов, утвержденных приказом директора больницы;
- на доверенностях - на подписи лица, имеющего право на их подписание;
- на бухгалтерских и других финансовых документах (актах сверки, приема-передачи, налоговых счетах-фактурах и т.п.) при обязательном наличии подписи лиц, наделенных правом первой и второй подписи;
- на документах, требующих особого юридического подтверждения внутренних нормативных документах больницы, архивных справках.

Штамп и фирменные бланки в больнице используются, хранятся, передаются, учитываются и уничтожаются структурным подразделением, ответственным за ведение делопроизводства, в порядке, установленном Правилами документирования и управления документацией.

Фирменная печать хранится в сейфе у главного бухгалтера больницы.

Глава 4. Порядок работы с внутренними документами

20. Решения руководства больницы оформляются в виде приказов, распоряжений. Разработка, согласование, оформление, издание и признание утратившими силу, а также внесение изменений и дополнений в приказы/распоряжения больницы осуществляется в соответствии с Правилами документирования и управления документацией больницы.

21. Приказы издаются на основании и во исполнение законодательства Республики Казахстан.

22. Распоряжения издаются по вопросам информационно-методического характера или текущим вопросам деятельности больницы, также во исполнение заданий, изложенных в приказах, проходят внутреннее согласование с оформлением листа согласования.

23. Подготовка, согласование, оформление, издание внутренних документов больницы, внесение изменений и дополнений во внутренние документы больницы, осуществляется в соответствии с Правилами документирования и управления документацией больницы.

Глава 5. Порядок создания, деятельности и прекращения деятельности консультативно-совещательных органов, рабочих групп

5.1. Общие положения

24. Настоящим разделом регулируются вопросы создания, деятельности и прекращения деятельности консультативно-совещательных органов больницы и рабочих групп.

25. В своей работе консультативно-совещательные органы-комиссии, советы (далее - комиссии), руководствуются действующими нормативными, правовыми и нормативными техническими актами Республики Казахстан, Уставом, внутренними документами больницы, стандартами национальной аккредитации и настоящим Регламентом.

К консультативно-совещательным органам, создание, деятельность и ликвидация которых прямо предусмотрены законодательством, настоящий раздел Регламента применяется в части, не противоречащей соответствующему законодательству.

Деятельность консультативно-совещательных органов регламентируется в соответствии с положениями о консультативно-совещательных органах.

26. Комиссии образуются по приказу руководителя для выработки предложений по вопросам реализации долгосрочных программ поликлиники и решения проблемных вопросов.

27. Рабочие группы создаются по распоряжению руководителя для выполнения отдельных поручений и задач больницы.

5.2. Порядок образования комиссий и рабочих групп

28. Директор больницы возглавляет комиссии по особо важным вопросам, в последующем требующих принятия коллегиального решения членов комиссии. В состав комиссий, возглавляемых Директором больницы, включаются руководители структурных подразделений.

29. Заместители возглавляют комиссии по:

1) вопросам, отнесенным к их компетенции, в соответствии с распределением обязанностей между заместителями, утвержденным приказом Директора больницы;

2) поручению Директора больницы.

В состав комиссий, возглавляемых заместителями, включаются руководители структурных подразделений больницы и работники.

30. Комиссии, возглавляемые Директором больницы и руководителями служб, их состав, при необходимости, положение о комиссии, создаются и прекращают свою деятельность на основании приказа Директора больницы.

31. Рабочие группы могут быть созданы самостоятельно, а также в составе комиссии.

32. Самостоятельные рабочие группы создаются по решению руководства больницы для выработки предложений по конкретным проблемам и вопросам, их состав, функции и задачи определяются распоряжением руководства.

33. Рабочие группы в составе комиссий создаются решениями комиссий и руководствуются соответствующим положением о комиссии.

34. Рабочие группы создаются на определенный срок и для решения определенных задач.

35. Создание комиссии/рабочей группы инициируется структурным подразделением (далее - инициатор), когда решение определенного вопроса выходит за пределы его компетенции, затрагивает компетенцию других структурных подразделений, либо ему требуется их содействие или по поручению руководства. В этих случаях инициатор запрашивает предложения всех заинтересованных структурных подразделений больницы о возможном участии их по соответствующей проблеме или вопросу.

36. В состав комиссии/рабочих групп включаются представители тех структурных подразделений, в компетенцию которых входит решение задач, возлагаемых на комиссию/рабочую группу.

37. В отдельных случаях в состав комиссий/рабочих групп могут быть включены представители других организаций, ученые, специалисты и иные лица по согласованию.

5.3. Порядок организации работы комиссии/рабочих групп

38. Рабочим органом комиссии является структурное подразделение - инициатор, осуществляющее организационно-техническое обеспечение работы комиссии.

Заседания комиссий проводятся не реже одного раза в месяц или по мере необходимости, рабочих групп - один-два раза в месяц или по мере необходимости.

39. Председатель/руководитель комиссии/рабочей группы руководит ее деятельностью, председательствует на заседаниях комиссии/рабочей группы, планирует ее работу, осуществляет общий контроль за реализацией ее решений и несет ответственность за деятельность, осуществляемую комиссией/рабочей группой. Во время отсутствия председателя/руководителя его функции выполняет заместитель.

На период временного отсутствия члена комиссии/рабочей группы председатель/руководитель комиссии/рабочей группы может разрешить участвовать в заседаниях комиссии/рабочей группы тем лицам, кто замещают члена по должности.

40. Планы работ формируются секретарями комиссий/рабочих групп по предложениям членов комиссий/рабочих групп и утверждаются на соответствующих заседаниях.

41. Секретарь комиссии/рабочей группы комплектует и готовит необходимые документы и материалы по повестке дня заседания комиссии/рабочей группы и оформляет протоколы после его проведения.

42. Материалы, подготовленные рабочим органом и другими заинтересованными структурными подразделениями к рассмотрению на

заседаниях комиссии/рабочей группы, предоставляются секретарю комиссии/рабочей группы не позднее, чем за три рабочих дня до заседания, на котором они будут рассмотрены.

При проведении внеплановых заседаний, материалы по рассматриваемым вопросам могут вноситься в день проведения заседаний.

43. Решения комиссии/рабочей группы принимаются открытым голосованием и считаются принятыми, если за них подано большинство голосов от общего количества членов комиссии/рабочей группы. В случае равенства голосов принятым считается решение, за которое проголосовал председатель/руководитель.

В отдельных случаях, которые оговариваются в положении о комиссии, решение принимается квалифицированным большинством голосов.

44. Заседание комиссии/рабочей группы считается правомочным, если в нем принимает участие не менее двух третьих членов комиссии/рабочей группы.

45. Члены комиссии/рабочей группы имеют право на особое мнение, которое, в случае его выражения, должно быть изложено в письменной форме и приложено к протоколу.

46. Решения комиссии/рабочей группы оформляются протоколом.

47. Порядок оформления, согласования, подписания, регистрация протокола заседания, а также выдача копий и выписок из протоколов, осуществляется в соответствии и в порядке, установленном Правилами документирования и управления документацией больницы.

48. Структурные подразделения больницы (инициаторы создания комиссии/рабочей группы) организуют хранение протоколов заседаний, а также их передачу в архив больницы в соответствии документирования и управления документацией больницы.

5.4. Порядок реализации решений комиссий/рабочих групп и отчетность

49. Рассмотренные на заседании комиссии/рабочей группы вопросы, входящие в компетенцию одного структурного подразделения, решаются в соответствии с положением о структурном подразделении.

В случаях, когда рассматриваемые на заседании комиссии/рабочей группы вопросы входят в компетенцию руководства больницы, протоколы заседаний утверждаются ими, после чего, решения, изложенные в них, становятся обязательными для исполнения всеми структурными подразделениями. При необходимости, для реализации принятых комиссией/рабочей группой решений издается приказ/распоряжение директора больницы, которым определяются пути решения, поставленных на заседании комиссии/рабочей группы вопросов.

50. Комиссии/рабочие группы регулярно рассматривают на своих заседаниях ход реализации ранее принятых решений.

5.5. Прекращение деятельности комиссий и рабочих групп

51. Основаниями прекращения деятельности комиссии/рабочей группы служат:

- 1) истечение срока деятельности комиссии/рабочей группы;
- 2) выполнение задач, возложенных на комиссию/рабочую группу;
- 3) создание структурными подразделениями иной комиссии/рабочей группы, осуществляющей задачи, которые ранее были возложены на комиссию/рабочую группу;
- 4) иные обстоятельства, которые делают задачу комиссии/рабочей группы невыполнимой либо ее исполнение нецелесообразным.

52. При наступлении обстоятельств, указанных в подпунктах 1), 2) пункта 57 настоящего Регламента комиссии/рабочие группы прекращают свою деятельность автоматически.

В случаях наступления обстоятельств, указанных в подпунктах 3), 4) пункта 57 настоящего Регламента, структурное подразделение или лицо, которое является председателем/руководителем комиссии/рабочей группы установленном порядке вносит директору больницы соответствующий проект решения руководства больницы.

В случае необходимости внесения изменений (дополнений) в состав или функции комиссии/рабочей группы, структурное подразделение, по инициативе которого создана комиссия/рабочая группа, или председатель/руководитель, в установленном порядке вносит директору больницы соответствующий проект решения руководства больницы.

5.6. Особые условия

53. Настоящая глава не распространяется на принятие решений о создании комиссий/рабочих групп в случаях возникновения чрезвычайных ситуаций, а также на их создание по поручению вышестоящих организаций.

54. Порядок создания, деятельности и ликвидации рабочих групп, установленный настоящим разделом Регламента распространяется только на самостоятельные рабочие группы, создаваемые руководством больницы.

Глава 6. Порядок подготовки и проведения совещаний больницы

55. Совещания больницы (далее - совещание) проводятся в целях определения стратегической политики для выполнения перспективных и текущих планов работы, осуществления постоянного контроля деятельностью структурных подразделений, обеспечения координации деятельности для достижения максимальной эффективности при решении поставленных руководством больницы и решения наиболее значимых вопросов деятельности больницы.

56. На совещаниях председательствует директор больницы или лицо, его замещающее.

57. Совещания являются открытыми, ведутся на казахском и/или русском языках.

58. Вопросы, планируемые к рассмотрению на совещание, вносятся директором больницы, руководителями структурных подразделений согласно плану работ или в инициативном порядке.

59. На общих совещаниях больницы:

- 1) рассматриваются вопросы общесистемного характера;
- 2) решаются проблемы общего характера;
- 3) обсуждаются новые формы и методы работы;
- 4) заслушивается информация об исполнительской дисциплине;
- 5) заслушиваются доклады о ситуации в больнице;
- 6) обсуждаются вопросы о контроле качества медицинских услуг;
- 7) рассматриваются иные вопросы.

60. Подготовка материалов к рассмотрению на любые совещания с участием директора больницы осуществляется с соблюдением следующих правил:

1) документы (справки, проекты протокольных решений) в обязательном порядке подписываются руководителем структурного подразделения, ответственным за подготовку вопроса, и визируются курирующим руководителем;

2) документ не должен превышать 5 страниц текста, напечатанного шрифтом 14 (Times New Roman);

3) проект решения и справка по каждому вопросу должны иметь идентичные заголовки;

4) к материалам, вносимым на совещание, при необходимости прикладываются дополнительные информационные сведения.

61. На совещании ведется протокол, в котором указываются присутствующие должностные лица, название и предмет обсуждаемых вопросов, докладчики и выступающие при обсуждении, основное содержание их выступлений, замечаний и принятые решения.

При необходимости, может вестись запись выступлений на заседании на электронные носители (диктофон).

62. Протокола по общим, организационно-кадровым вопросам ведется руководителем отдела управления человеческими ресурсами, по медицинским вопросам, требующим профессиональных специально медицинских терминологии области здравоохранения ведется медицинским работником по согласованию с заместителем директора по медицинской части.

63. Протокола регистрируются в подразделении, назначенном ответственным за регистрацию протоколов совещаний. Протоколы или выписки из них в день их подписания рассылаются подразделением, ответственным за делопроизводство и кадровую работу.

64. Протоколы совещаний больницы (подлинники), а также материалы к ним (повестка дня, список приглашенных, справки, отчеты и т.д.) хранятся у секретаря совещания.

65. Сбор и обобщение материалов, а также оформление протокола совещания, производит структурное подразделение, которому поручена эта работа, или структурное подразделение-инициатор совещания.

66. Порядок оформления, подписания протокола заседания, а также выдачи копий и выписок из протоколов, осуществляется в соответствии и в порядке, установленном Правилами документирования и управления документацией больницы.

67. Общий контроль за своевременным и надлежащим выполнением протокольных поручений возлагается на одного из руководителей служб больницы с учетом характера рассматриваемого вопроса.

68. В целях оптимизации бизнес-процессов, а также для оперативного решения поставленных задач еженедельно проводятся аппаратные/производственные совещания.

69. Аппаратное/производственное совещание проводится под председательством директора больницы /Первого руководителя с участием руководителей структурных подразделений и приглашенных лиц по текущим вопросам деятельности больницы.

70. По итогам аппаратных/производственных совещаний составляется протокол в соответствии с требованиями, установленными Правилами документирования и управления документацией больницы.

Структурными подразделениями больницы представляется отчет о проделанной работе в установленные сроки в подразделение, назначенное ответственным за свод и мониторинг информации по исполнению поручений, данных по итогам совещаний.

71. Совещания в структурных подразделениях проводятся только по тем вопросам, решение которых входит в компетенцию данного структурного подразделения. Если решение вопроса зависит от двух и более структурных подразделений, то такое совещание проводится у руководства больницы.

Протокол совещания, которое проводится в структурном подразделении, оформляется, регистрируется и хранится этим же подразделением.

Глава 7. Порядок контроля за исполнением протокольных поручений руководства больницы

72. Контроль за исполнением протокольных поручений руководства больницы осуществляет подразделение, назначенное ответственным за свод и мониторинг информации.

73. Контроль осуществляется путем:

1) истребования необходимой информации;

2) заслушивания и обсуждения отчетов и докладов об исполнении у курирующих руководителей служб.

74. Контроль производится на предмет своевременности и полноты исполнения.

75. Ответственность за своевременное и качественное исполнение контрольных документов возлагается на руководителей структурных подразделений, а также исполнителей, указанных в протокольных поручениях.

76. Сроки исполнения протокольных поручений исчисляются со дня проведения совещания. В том случае, если на заседании (совещании) был назван срок исполнения конкретного поручения, то соответствующие структурные подразделения в адрес которых было дано поручение, обязаны приступить к исполнению поручений сразу после совещания.

77. Информация об исполнении протокольных поручений руководства больницы исполнителем оформляется в письменном виде и регистрируется в структурном подразделении, ответственном за делопроизводство.

78. В том случае, если в протокольных поручениях Председателя больницы или членов не указан конкретный срок исполнения, то необходимость взятия таких поручений на контроль, установление конкретных сроков их исполнения определяется структурным подразделением, ответственным за делопроизводство и кадровую работу по согласованию со структурным подразделением-исполнителем.

79. Если поручение не может быть выполнено в установленный срок, то руководитель структурного подразделения, ответственный за исполнение поручения, должен сообщить о причинах задержки и в установленном порядке ходатайствовать о продлении срока исполнения. Продление срока исполнения поручения допускается не более двух раз.

80. Срыв установленных сроков исполнения контрольных документов или их некачественное исполнение являются дисциплинарным поступком. По фактам срыва сроков и/или некачественного исполнения контрольных документов приказом директора больницы назначается служебное расследование, по результатам которого виновные должностные лица привлекаются к дисциплинарной ответственности.

81. Контрольный документ снимается с контроля тем должностным лицом, которое его подписало или давало поручение, требующее контроля исполнения, либо лицом, исполняющим его обязанности, либо иным лицом по его поручению.

Глава 8. Система отчетности в поликлинике

82. Предоставление информационных, аналитических и статистических материалов в вышестоящие и другие уполномоченные органы, осуществляется на основе установленных перечней, графиков и форм отчетности.

83. Периодическая отчетность, в том числе статистического характера, подготавливается структурными подразделениями и представляется директору больницы в установленном порядке, сроках и формах.

84. Ответственность за подготовку, качество и своевременность предоставления информационных, аналитических и статистических материалов директору, в вышестоящие и другие уполномоченные органы несут

руководители структурных подразделений больницы и ответственные работники, которым поручено исполнение данного поручения.

Глава 9. Порядок взаимодействия

85. Взаимодействие больницы осуществляется в соответствии с законодательством Республики Казахстан, Уставом больницы и внутренними документами больницы.

86. Обращения поликлиники с требованием предоставления информации, непосредственно относящейся к сфере их деятельности, подписываются директором больницы, либо руководителями структурных подразделений в рамках их компетенции.

87. Работники больницы могут быть включены в состав рабочих групп или комиссий, создаваемых в поликлинике по согласованию с директором больницы.

88. В случаях, связанных со срочностью получения информации от структурных подразделений, а также по соответствующему требованию государственных органов, запрос может быть подписан одним из руководителем структурных подразделений в рамках их компетенции.

89. Все инициативные обращения в государственные структуры, в том числе в Министерство здравоохранения Республики Казахстан, должны быть предварительно согласованы с директором или лицом, исполняющим его обязанности. Согласование необходимо также при ответах на прямые поручения.

Глава 10. Заключительные положения

90. Настоящий Регламент является обязательным для исполнения всеми работниками поликлиники, и доводится до их сведения под подпись структурным подразделением, ответственным за делопроизводство и кадровую работу.

91. Изменения и/или дополнения в Регламент вносятся решением директора поликлиники.

92. Все вопросы, не урегулированные в настоящем Регламенте, регулируются законодательством Республики Казахстан и внутренними документами поликлиники.

93. Если в результате изменения законодательства Республики Казахстан отдельные нормы настоящего Регламента вступают в противоречие с действующим законодательством Республики Казахстан, то эти нормы Регламента утрачивают силу и до момента внесения изменений в настоящий Регламент необходимо руководствоваться действующим законодательством Республики Казахстан.

КЕЛІСУ НАРАҒЫ / ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

2024 жылғы «__» _____ №__ бұйрыққа
 К.приказу от «__» _____ 2024 г. №__

| Атауы /Наименование | Құрылымдық бөлімшесі/атауы/ Наименование структурного подразделения | Т.А.Ж., жауапты аталғаны/колы, Визаның койылған күні /Ф.И.О., подпись ответственного лица, дата визирования | Нақты орындаушының атауы, Т.А.Ж., колы, визаның койылған күні /Должность, Ф.И.О., подпись конкретного исполнителя, дата визирования |
|---|---|--|---|
| ӨЗІРЛЕУ/ РАЗРАБОТКА | Отдел управления человеческими ресурсами |  Кожекбаева Е.Х. Руководитель | |
| КЕЛІСУ/ СОГЛАСОВАНИЕ | Заместитель директора по медицинской части |  Кожекбаев Д.Е. | |
| | Юридический отдел |  Беккенжанов Д.Д. Руководитель | |
| МЕМОРІС/ТІЛІНЕ АУДАРУ/ПЕРЕВОД НА ГОС./РУССКИЙ/ЯЗЫК | | ---- | |
| ТІРКЕУ/ РЕГИСТРАЦИЯ | | | |
| ЖІБЕРУ/ РАССЫЛКА | | | |

- 1) Жуакинаева С.А. Жуакинаева С.А.
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____
- 6) _____
- 7) _____
- 8) _____
- 9) _____
- 10) _____
- 11) _____
- 12) _____
- 13) _____
- 14) _____
- 15) _____
- 16) _____
- 17) _____
- 18) _____
- 19) _____
- 20) _____
- 21) _____
- 22) _____
- 23) _____
- 24) _____
- 25) _____
- 26) _____
- 27) _____
- 28) _____
- 29) _____
- 30) _____
- 31) _____
- 32) _____
- 33) _____
- 34) _____
- 35) _____
- 36) _____
- 37) _____
- 38) _____
- 39) _____
- 40) _____
- 41) _____