**Институционалдық аккредиттеуді жүргізу туралы өтініштің нысаны**

Білім беруді және денсаулық сақтауды сапамен қамтамасыз ету

және Аккредиттеудің Еуразиялық Орталығында

Өтініш

Ұйымды институционалдық аккредиттеуді жүргізуге арналған коммерциялық ұсыныс пен келісім – шарт жобасын жіберуді сұраймыз

|  |  |
| --- | --- |
| Заңды меншік нысаны көрсетілген ұйымның атауы (ЖШС, АҚ және т.б.)*\*Ескертпе: «жеке кәсіпкер» нысанында тіркелген ұйым қарауға қабылданбайды* |  |
| Бірінші басшының аты-жөні |  |
| Ұйымның Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде тіркелген күні мен нөмірі (сканерленген өзекті көшірмесі өтінішке қоса берілсін) |  |
| Заңды мекенжайы (индекс, қала, көше, үй, офистің №) |  |
| Нақты мекенжайы (индекс, қала, көше, үй, офистің №) |  |
| Веб-сайттың мекен-жайы |  |
| Білім беру қызметінің кезеңі қай жылдан басталғанын |  |
| Алдыңғы аккредиттеу туралы мәліметтер (егер бар болса), сканерленген түрлі-түсті көшірмесі өтінішке қоса берілсін |  |
| Келісім – шартта көрсетілген жеке үй-жайдың/жалға беру үй-жайының болуы |  |
| Үй-жайлардың жалпы ауданы (м2) |  |
| Ынтымақтастық шарттары жасалған клиникалық базалардың және (немесе) өндірістердің саны |  |
| Біліктілікті арттыру бағдарламаларының саны |  |
| Халықаралық келісім – шарттардың саны |  |
| Қызметкерлер саны |  |
| Оқытушылар саны: штаттық / қоса атқарушылар |  |
| Сертификатталған жаттықтырушылар саны |  |
| Шетелдік оқытушылар саны |  |
| Ұйым қызметінің басынан бастап тыңдаушылар саны |  |
| Аккредиттеуді өткізу туралы өтініш берілген жылы тыңдаушылардың саны |  |
| Банк деректемелеріҰйымның БСН: Банк «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» Банктің БСКЖСК KZ Кбе Телефон (қала кодымен) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail:   |
| Егер сертификаттың қолданылу күні, кезеңі көрсетіле отырып орын алса, алдыңғы институционалдық аккредиттеу туралы мәліметтер |  |
| Аты-жөні, лауазымы, жұмысы және моб.телефоны, байланыс тұлғаның эл.поштасы |  |
| Бухгалтердің аты-жөні, жұмысы және моб.телефоны, эл.поштасы |  |

Бірінші басшының аты-жөні және қолы,

аккредиттеу мәселелеріне жетекшілік ететін

білім беру ұйымының не лауазымды адамы

 МО

күні «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ ж.

Маңызды! Өтініш шығыс нөмірі мен күні көрсетілген білім беру ұйымының фирмалық бланкісінде ресімделеді, ЕОА-ның мекенжайына (050029, Алматы қ., Мәуленов к-сі, 92, 3 қабат, 12 кеңсе) және сканерленген нысанда e-mail-ге жіберіледі:

Анықтама телефоны +7 747 5609212, +77013291665