

ӨВӨРХАНГАЙ АЙМАГ  
ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ГАЗАР

Т.Намнансүрэнгийн гудамж, 13 дугаар баг,  
Арвайхээр сум, Өвөрхангай аймаг, 62166,  
Утас: (976) 7032 2195,  
Цахим шуудан: uvurhangaiemg@gmail.com,  
Цахим хуудас: ov.mohs.gov.mn

2024.06.25 № 340

танай \_\_\_\_\_-ны № \_\_\_\_\_-т

ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ЯАМНЫ  
ТУСГАЙ ЗӨВШӨӨРЛИЙН АЛБАНД

Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ, эм хангамжийн мэргэжлийн үйл ажиллагаа эрхлэх нэр бүхий 2 байгууллага, аж ажуй нэгжид тусгай зөвшөөрөл шинээр олгох тул тусгай зөвшөөрлийн гэрчилгээ нэгийг (үнэт цаас) олгож өгнө үү.

Эрүүл мэндийн газрын даргын 2024 оны а/28 дугаар тушаал, улсын тэмдэгтийн хураамж төлсөн баримтуудыг хавсаргав.

Хавсралт 6...хуудастай.

ХЯНАЛТ ШИНЖИЛГЭЭ-ҮНЭЛГЭЭ,  
МЭДЭЭЛЛИЙН ХЭЛТСИЙН  
ДАРГА Я.ЖАРГАЛ



822303353

ӨВӨРХАНГАЙ АЙМГИЙН  
ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ГАЗРЫН ДАРГЫН  
ТУШААЛ

2024 оны 06 сарын 24 өдөр

Дугаар А/28

Арвайхээр сум

“Эрүүл мэнд, эм хангамжийн байгууллагын  
тусгай зөвшөөрөл шинээр олгох тухай

Эрүүл мэндийн тухай хуулийн 19 дүгээр зүйлийн 19.2,19.3,19.14, 19.15, 19.18, Зөвшөөрлийн тухай хуулийн 5.5 дугаар зүйлийн 14,15, 6.1 дүгээр зүйлийн 5 дахь заалт, Эрүүл мэндийн сайдын 2023 оны 03 дугаар сарын 24-ны өдрийн “Журам шинэчлэн батлах тухай” А/100 дугаар тушаал, 2023 оны 11 дүгээр сарын 03-ний өдрийн А/383 дугаар тушаалаар батлагдсан “Эрүүл мэндийн чиглэлээр үйл ажиллагаа эрхлэх тусгай зөвшөөрөл олгох комиссын ажиллах журам”-ын 5.1.2, дахь заалтыг тус тус үндэслэн ТУШААХ нь:

1. Эрүүл мэнд, эм хангамжийн байгууллагын мэргэжлийн үйл ажиллагаа эрхлэхтэй холбоотой ажлыг гүйцэтгэх ажлын албаны ирүүлсэн санал, дүгнэлт, Эрүүл мэнд эм хангамжийн байгууллагад тусгай зөвшөөрөл олгох комиссын 2024 оны 06 дугаар сарын 24-ны өдрийн шийдвэрийг үндэслэн аж ахуйн нэгж, байгууллагын тусгай зөвшөөрлийг шинээр олгох нэр бүхий 2 байгууллага, аж ахуйн нэгжийн нэрийг хавсралтаар тус баталсугай.

2. Эрүүл мэндийн чиглэлээр мэргэжлийн үйл ажиллагаа эрхлэх тусгай зөвшөөрөл шинээр олгогдсон байгууллагуудын үйл ажиллагаанд хяналт тавьж ажиллахыг Хяналт, шинжилгээ үнэлгээ мэдээллийн хэлтсийн дарга (Я. Жаргалд)-д үүрэг болгосугай.

ДАРГА



Д.ШИВААННҮРДЭВ

622301095

Эрүүл мэндийн газрын даргын  
2024 оны 06 дугаар сарын 24 өдрийн  
4/28 дугаар тушаалын хавсралт



ТУСГАЙ ЗӨВШӨӨРЛИЙГ ШИНЭЭР ОЛГОХ НЭР БҮХИЙ  
БАЙГУУЛЛАГА, АЖ АХУЙН НЭГЖИЙН НЭР

№	Байгууллагын нэр, регистрийн дугаар	Үйл ажиллагааны чиглэл	Байршил	Тусгай зөвшөөрөл олгох Хэлбэр	Эхэлсэн огноо	Хүчинтэй байх хугацаа/огноо
1	“Баялаг түвшин” ХХК-ны (РД: 3564851) “Солонго Дент” шүдний эмнэлэг	Эмнэлгийн мэргэшсэн: (Шүдний оношилгоо, эмчилгээ )	Өвөрхангай аймаг. Уянга сум. 1-р баг, Жаргалант багийн төв 3-20 тоот Өөрийн байранд	Шинээр олгох	2024 оны 06-р сарын 24-ны өдөр	2027 оны 06-р сарын 24-ны өдөр хүртэл
2	“Ундрах булаг ганга” ХХК ны “Ундрах булаг ганга” эмийн сан	(Хуний эм, эмнэлгийн хэрэгслийг жижиглэнгийн үнээр худалдан борлуулах) Нийтэд үйлчлэх эмийн сан	Өвөрхангай. Арвайхээр сум. 8-р баг. Ариунсанаа эмнэлгийн байранд	Шинээр олгох	2024 оны 06-р сарын 24-ны өдөр	2027 оны 06-р сарын 24-ны өдөр хүртэл





# ХААН БАНК

## МӨНГӨН ШИЛЖҮҮЛЭГ/ TRANSFER SLIP

ОН/УУУУ	САР/ММ	ӨДӨР/DD
2024	06	24

### Хүлээн авагчийн/ Recipient's Information

Банкны нэр, байрлал/ Bank name & Location:		Дансны №/ Account №:	Нэр (Байгууллага эсвэл иргэн)/ Name of organization or individual:
Харгалант тооцооны төв		100100000941	Ев.Улсын тэмдэгтийн хураамж
Дүн тоогоор/ Amount:	Дүн үсгээр/ Amount in words:		
*110,000.00*	*Нэг зуун арван мянган төгрөг*		
Валютын код / Currency code:	Гүйлгээний утга, бусад тэмдэглэл/ Transaction description & other notes:		Гүйлгээний төрөл/ Transaction code:
MNT	2240602041162 Й099021201 86623989 АМАРТІВШИН СОЛОНГО		Татвар төлөлт

### Шилжүүлэгчийн/ Sender's Information

Валютын код/ Currency code:	Дансны №/ Account №:	Нэр (Байгууллага эсвэл иргэн)/ Name of organization or individual:
Дүн тоогоор/ Amount:	Дүн үсгээр/ Amount in words:	
MNT	АМАРТІВШИН СОЛОНГО	

### ХАРИЛЦАГЧИЙН БӨГЛӨХ ХЭСЭГ/ For Customer use only:

Шилжүүлэгчийн дансны №/ Sender's account №:	Гарын үсэг, тамга /Sender's signature, stamp:
5563044338	1. А.Солонго
Хүлээн авагч банкны нэр, дансны №, дансны нэр/ Recipient's bank, account №, account name:	2. ....
А.Солонго 100100000941	
Мөнгөн дүн тоогоор, гүйлгээний утга/ Amount and transaction description:	
110 000	

Энэ баримтад бичигдсэн мэдээллийн үнэн зөвийг хариуцаж, аливаа хуулийн хариуцлагыг хүлээхээ гарын үсгээр баталгаажуулав. By signing in this form, I confirm the accuracy of the information provided here and agree to accept any legal responsibility.

### Банкны тэмдэглэл/ For Bank use only

ТГІ - р баталгаажсан эсэх:  ГИЙ

Шилжүүлгийн хураамж/ Fee amount:	Банкны ажилтан №/ Bank staff №:	Журнал №/ Journal №:	Огноо/ Date:	Гарын үсэг/ Signature:
<input type="checkbox"/> Бэлнээр/ In cash <input checked="" type="checkbox"/> Данснаас/ From account	19879	34404268	2024/06/24	Н БАНК 19879-02
				Й099021201



ОН/ҮҮҮҮ      САР/ММ      ӨДӨР/DD  
 2024      06      24

**Хүлээн авагчийн / Recipient's Information**

Дансны № эсвэл IBAN / Account № or IBAN: <b>100900020001</b>		Нэр (Байгууллага эсвэл иргэн) / Name of organization or individual: <b>Эрүүл мэндийн яам</b>	Банкны нэр / Bank name: <b>Төрийн Сан</b>
Валют / Currency: <b>MNT</b>	Дүн Тоогоор / Amount: <b>*4,400.00*</b>	Дүн үсгээр / Amount in words: <b>*Дөрвөн мянга дөрвөн зуун төгрөг*</b>	
Шилжүүлгийн утга / Description: <b>3564851</b>		Шилжүүлгийн дараалал / Transaction queue:	

**Шилжүүлэгчийн / Sender's Information**

Дансны № эсвэл IBAN / Account № or IBAN: <b>5563044338</b>		Нэр (Байгууллага эсвэл иргэн) / Name of organization or individual: <b>АМАРТІВШИН СОЛОНГО</b>
Валют / Currency: <b>MNT</b>	Дүн Тоогоор / Amount: <b>*4,400.00*</b>	Дүн үсгээр / Amount in words: <b>*Дөрвөн мянга дөрвөн зуун төгрөг*</b>

**Хүлээн авагчийн / Recipient's Information**

IBAN: <b>100900020001</b>	Нэр (Байгууллага эсвэл иргэн) / Name of organization or individual: <b>Төрийн Сан</b>	Банкны нэр / Bank name: <b>Төрийн Сан</b>
<small>Валютын шилжүүлгийн хувьд дансны дугаар бөглөж болно. For foreign currency transfer, account number is acceptable.                  Валютын шилжүүлгийн хувьд латин үсгээр бөглөнө. For foreign currency transfer, the field to be filled in latin letters.                  Валютын шилжүүлгийн хувьд бөглөх шаардлагатай. For foreign currency transfer, bank name is required.</small>		
<b>Шилжүүлэгчийн болон шилжүүлгийн мэдээлэл / Sender and transaction's Information:</b>		
Дансны № эсвэл IBAN / Account № or IBAN: <b>5563044338</b>	Валют / Currency: <b>MNT</b>	Мөнгөн дүн / Amount: <b>4400</b>
Шилжүүлгийн утга / Description: <b>3564851</b>		Гарын үсэг, тамга / Signature, stamp: <b>А.Солонго</b>

Энэхүү баримтад бичигдсэн бүх мэдээлэл нь үнэн зөв болохыг дор гарын үсэг зурснаар баталгаажуулж байгаа бөгөөд аливаа хуулийн хариуцлагыг хүлээхээ үүгээр хүлээн зөвшөөрч байна.  
 By signing in this form, I confirm the accuracy of the information provided here and agree to accept any legal responsibility.

**Банкны тэмдэглэл / For Bank use only**

Хураамж / Fee amount: <b>500</b>	Журнал № / Journal №: <b>34314277</b>	Гарын үсэг / Signature: <b>ХААН БАНК 19879-02</b>	Банкны ажилтан № / Bank staff №: <b>19879</b>	Огноо / Date: <b>2024/06/24</b>	Шилжүүлэгчийн үндсэн дугаар / Customer ID: <b>100900020001</b>
-------------------------------------	--	--	--	------------------------------------	---

POID:000785151235



**МӨНГӨН ШИЛЖҮҮЛЭГ / MONEY TRANSFER**

ОМГУ 2024.06.14 Сар/ММ Өдөр/DD

Хүлээн авагчийн /Beneficiary's:

Банкны нэр / Bank name:	Дансны № / Account No:	Нэр (байгууллага эсвэл иргэн) / Name (organization or individual):	
ТӨРИЙН САН	100900020001	Эрүүл мэндийн аам	
Мөнгөн дүн тооцоо / Amount:	Мөнгөн дүн үсгээр / Amount in words:	Валют / Currency:	
4,400.00	Дөрвөн мянга дөрвөн зуун төгрөг	MNT	
Гүйлгээний утга, бусад тэмдэглэл / Details of payment:			Нууц код / Code:
3576299 Ундрах Булаг гана			

Шилжүүлэгчийн / Sender's

Банкны нэр / Bank name:	Дансны № / Account No:	Нэр (байгууллага эсвэл иргэн) / Name (organization or individual):	
ТӨРИЙН БАНК	MN340034191400119651	ЧАН/ЦМАНЬЭР/ЦЭНЭ 3576299 90901822	
Мөнгөн дүн тооцоо / Amount:	Валют / Currency:	Гүйлгээний төрөл / Transaction type	
4,400.00	MNT	Банк хөтөнцөний бичиггүй гүйлгээ-13600500	
Харилцагчийн тэмдэглэл / Customer note:		100900020001	4400

Баталгаат гарын үсэг / Authorized signature:

Тамга / Stamp:

1..... 2..... 3.....

9461

Банкны тэмдэглэгээ / For bank use only:

Теллер №	Журнал №	Огноо	Гүйлгээний хураамж	Шилжүүлэгчийн биеийн байцаалтын төрөл	Теллер гарын үсэг
94611900	894191141754	2024.06.14	17:45		

мэдээлэл.  
РД 0094052808  
Овог Алвач  
Эрдэнэ-Очир  
Элдэнэ

Олгосон  
Хүчинтэй хугацаа: 2039/05/28  
Хэд дэх 4

Төрийн банк

Огноо: 2024/06/24

### ТАТВАР ТӨЛСӨН БАРИМТ

Харилцагчийн нэр: **Өвөрхангай аймгийн Эрүүл мэндийн газар**  
Регистрийн дугаар: **ЙИ94052808**  
Шилжүүлсэн дансны дугаар: **MN340034191400119651**  
Төлбөрийн мэдээлэл

Журналын №: **4246167**  
Нэр: **ЧА\*\*\*НЭ**  
Теллер №: **9461**

№	Тайлант огноо	Татварын төрөл	Нэхэмжлэх, хөрөнгийн дугаар	Төрийн сангийн дансны данс, нэр	Дүн
1	2024	Улсын тэмдэгтийн хураамж	2240602041667	100100000941 Өв.Улсын тэмдэгтийн хураамж	110,000.00
Нийт татварын дүн					110,000.00
Гүйлгээний шимтгэл					300.00

Нийт төлөх дүн: 110,300.00

Данс эзэмшигч 1 нэр:

Гарын үсэг.....

Төрийн банк ...../Салбар, тооцооны төв, касс/

Данс эзэмшигч 2 нэр:

Гарын үсэг.....

Банкны ажилтны нэр, гарын үсэг, тэмдэг

Танд баярлалаа

