Приложение 6-1

Заключение по результатам посещения субъекта здравоохранения, претендующего на оказание медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования

г. Астана
(местонахождение)

«03» октября 2025 года

1. **НАО «Фонд социального медицинского страхования»** (далее – Фонд) в составе:

_____
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и должность работников Фонда, посетивших субъект здравоохранения)

в рамках рассмотрении заявки на актуализацию сведений или на включение в базу данных по видам или условиям оказания медицинской помощи, на которые подана заявка субъектом здравоохранения (далее – заявка на актуализацию) **Медицинская реабилитация: Медицинская реабилитация в АПП, Медицинская реабилитация в АПП детскому населению**
*(указываются виды/формы или условия оказания) услуг (лот) согласно заявке на **актуализацию**)*

посетил производственную (-ые) базу(-ы **ТОО "Клиника iv plus"**
(указать наименование субъекта здравоохранения)

по адресу:
город Астана, Есильский район, проспект Туран 59/2, НП7, НП8,
(указывается адрес производственной (-ых) баз(-ы))

Фонд по результатам посещения РЕШИЛ:

№ п/п	БИН/ИИН	Наименование субъекта здравоохранения	Решение
			Подтверждает (не подтверждает) наличие производственных баз, медицинских работников и медицинской техники в соответствии с данными, указанными в заявке на **актуализацию, соответствие Стандарту (-ам) в области здравоохранения**
1	2	3	4
1	090940007481	ТОО "Клиника iv plus"	подтверждает

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Место работы	Должность	Подпись	Дата подписи
1	2	3	4	5
1. Карипбаева Назгай Кожпановна	филиал Фонда НАО "ФАМС"	гл. эксперт отдела мониторинга		03.10.2025г.
2. Елеуова Бахыт Кобдыкенцызы	филиал Фонда НАО "ФАМС"	гл. эксперт отдела закупа и оплаты		03.10.2025г.