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 Алматы
(местонахождение)

«3» октября 2025 года

1. **НАО «Фонд социального медицинского страхования»** (далее – Фонд) в составе:
Серікұлы Мейіржан руководитель отдела закупок и медицинских оплаты, Смагулова Г.К. главынй эксперт отдела ОКМПиМДО
(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): **Первичная медико-санитарная помощь, консультативно-диагностическая помощь прикрепленному взрослому и детскому населению, медицинская реабилитация на амбулаторно-поликлиническом уровне, стационарозамещающая медицинская помощь, экстренная и плановая стоматологическая помощь отдельным категориям граждан Республики Казахстан. ПМСП**
*(указываются виды/формы или условия оказания) услуг (лот) согласно заявке на **актуализацию**)*

посетил производственную (-ые) базу(-ы) КГП на ПХВ «Городская поликлиника №21» УОЗ по г Алматы
(указать наименование субъекта здравоохранения)
по адресу: г. Алматы, Жетысуский район, мкр Кокжиек, дом 66.
(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	100140005292	КГП на ПХВ «Городская поликлиника №21» УОЗ по г Алматы	Подтверждаем наличие производственных баз, медицинских работников и медицинской техники в соответствии с данными, указанными в заявке на **актуализацию, соответствие Стандарту в области здравоохранения**

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Место работы	Должность	Подпись	Дата подписи
1	2	3	4	5
Серікұлы М	**Филиал по городу Алматы НАО «Фонд социального медицинского страхования**	Руководитель отдела		03.10.2025 г
Смагулова Г.К.	**Филиал по городу Алматы НАО «Фонд социального медицинского страхования**	Главный эксперт		03.10.2025 г