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)

«03» октября 2025 года

1. **НАО «Фонд социального медицинского страхования»** (далее – Фонд) в составе:
Миразова Л.А. эксперт отдела закупа и оплаты медицинской помощи Филиала по г. Алматы

(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) Заявка на амбулаторный гемодиализ, перитонеальный диализ
*(указываются виды/формы или условия оказания) услуг (лот) согласно заявке на **актуализацию**)*

посетил производственную (-ые) базу(-ы) **ТОО "Фрезениус Медикал Кейр Казахстан"**
(указать наименование субъекта здравоохранения)
по адресу:
г. Алматы, Алмалинский район, ул. Гоголя 117
(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.	071140005277	ТОО "Фрезениус Медикал Кейр Казахстан"	Подтверждает наличие производственных баз, медицинских работников и медицинской техники в соответствии с данными, указанными в заявке на актуализацию, соответствие Стандарту (-ам) в области здравоохранения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Место работы	Должность	Подпись	Дата подписи
1	2	3	4	5
Миразова Л.А.	Филиал по городу Алматы некоммерческого акционерного общества «Фонд социального медицинского страхования»	Эксперт		03.10.25г.