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)

«___» _____ _____ 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) **Программный диализ: Амбулаторный гемодиализ**

*(указываются виды/формы или условия оказания) услуг (лот) согласно заявке на **актуализацию**)*

посетил производственную (-ые) базу(-ы **ТОО "BB DIACARE KAZAKHSTAN" (БИБИ ДИАКЕЙР КАЗАХСТАН)**

*(указать наименование субъекта здравоохранения)*

по адресу:

1. **город Астана, район Есиль, ул. Әлихан Бөкейхан, д. 20, н.п. 5**

*(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 | 151140004905 | ТОО "BB DIACARE KAZAKHSTAN" (БИБИ ДИАКЕЙР КАЗАХСТАН) | В заключении СЭС прописано 5 коек по факту в наличии 10 коек. Не соответствует |

| Фамилия, имя, отчество (при его наличии) | Место работы | Должность | Подпись | Дата подписи |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Истаулетова Д.Б. | Филиал Фонда г. Астана | Гл. эксперт | | 03.10.2025. |
| Сатолхожин Ш. | Филиал Фонда г. Астана | Рук. отдела ИМРО | | 03.10.2025 г. |