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 **«03» октября 2025 года**
(местонахождение

1. **НАО «Фонд социального медицинского страхования»** (далее – Фонд) в составе:
Иванченко Е.В. заместитель директора Филиала по городу 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) **Специализированная медицинская помощь в стационарозамещающих условиях**
(указываются виды/формы или условия оказания) услуг (лот) согласно заявке на актуализацию)

посетил производственную (-ые) базу(-ы) **ТОО "ЛАЗЕРНЫЙ ЦЕНТР КОНОВАЛОВА"**
(указать наименование субъекта здравоохранения)
по адресу:
Алматы, Алмалинский район ул.Шевченко д.186 н.п.2, ул.Курмангазы 93/1 н.п.1
(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	990540000705	ТОО "ЛАЗЕРНЫЙ ЦЕНТР КОНОВАЛОВА"	Подтверждаю наличие производственных баз, медицинских работников и медицинской техники в соответствии с данными, указанными в заявке на актуализацию, соответствует Стандарту в области здравоохранения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Место работы	Должность	Подпись	Дата подписи
1	2	3	4	5
Иванченко Е.В.	Филиал по городу Алматы НАО "Фонд социального медицинского страхования"	Заместитель директора		03.10.2025