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:
Калкабаева Ж.А. главный эксперт отдела закупа и оплаты медицинской помощи Филиала по г.Алматы;
Кәрімова Г.Б. Эксперт отдела оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств 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 № *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.*
*(указываются виды/формы или условия оказания) услуг (лот) согласно заявке на **актуализацию**)*

посетил производственную (-ые) базу(-ы) ***ТОО "Медицинский центр "Med City"***
(указать наименование субъекта здравоохранения)
по адресу:
г.Алматы, Наурызбайский район, улица Сакен Жунисов,14,75
(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

	220240030777	*ТОО "Медицинский центр "Med City"*	Подтверждаю наличие производственных баз, медицинских работников и медицинской техники в соответствии с данными, указанными в заявке на актуализацию, соответствует Стандарту в области здравоохранении

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Место работы	Должность	Подпись	Дата подписи
1	2	3	4	5
Калкабаева Ж.А.	Филиал по городу Алматы НАО "Фонд социального медицинского страхования"	Главный эксперт отдела закупа и оплаты медицинской помощи		3.10.2025г
Кәрімова Г.Б.		Эксперт отдела оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств		3.10.2025г