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

1. **НАО «Фонд социального медицинского страхования»** (далее – Фонд) в составе:
Мырзалиева М.Е. главный эксперт отдела закупа и оплаты медицинской помощи 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) Заявка на:
Оказание медицинской помощи на уровне первичной медико-санитарной помощи
Медицинская реабилитация
Паллиативная медицинская помощь
Консультативно-диагностическая помощь (специализированная медицинская помощь в амбулаторных условиях)
Специализированная медицинская помощь в стационарозамещающих условиях
Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях
(указываются виды/формы или условия оказания) услуг (лот) согласно заявке на актуализацию)

посетил производственную (-ые) базу(-ы) Товарищество с ограниченной ответственностью "Достар Мед"
(указать наименование субъекта здравоохранения)
по адресу:
-г. Алматы, Бостандыкский район, ул. Сеченова, д. 28/5
- г.Алматы, Бостандыкский район, улица Шопена, 26
(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

	010740001659	**Товарищество с ограниченной ответственностью "Достар Мед"**	***Подтверждаю***

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Место работы	Должность	Подпись	Дата подписи
1	2	3	4	5
Калдыбаева А.А.	Филиал по городу Алматы НАО "Фонд социального медицинского страхования"	Главный эксперт		06.10.25
Мырзалиева М. Е.	Филиал по городу Алматы НАО "Фонд социального медицинского страхования"	Главный эксперт		06.10.25