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 «09» октября 2025 года
(местонахождение)

1. **НАО «Фонд социального медицинского страхования»** (далее – Фонд) в составе:

Намаева К.А - гл. эксперт ОЖМПМПО; Габдулина К.Т - эксперт ОЗОМП
(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 стационарных условиях взрослому населению в рамках ГОБМП. Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях взрослому населению в системе ОСМС. Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях в республиканских медицинских организациях в рамках ГОБМП. Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях в республиканских медицинских организациях в системе ОСМС . Высокотехнологичная медицинская помощь в рамках ГОБМП. Высокотехнологичная медицинская помощь в системе ОСМС. Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях детскому населению в рамках ГОБМП. Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях детскому населению в системе ОСМС. Медицинская реабилитация в КС 2 этап. Медицинская реабилитация в КС 3 этап. Медицинская реабилитация в республиканских медицинских организациях.**

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

посетил производственную (-ые) базу(-ы **АО "НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР НЕЙРОХИРУРГИИ"**
(указать наименование субъекта здравоохранения)

по адресам:

г. Астана, район Есиль, пр. Туран, 34/1
(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	080440018645	АО "НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР НЕЙРОХИРУРГИИ"	соответствует

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Место работы	Должность	Подпись	Дата подписи
1	2	3	4	5
Наматова К.А.	Филиал г. Астана НПО "Фалле"	гл. эксперт ОКЛМПМКО		09.10.2025.
Габдуллина К.Т.	Филиал г. Астана НПО "Фалле"	эксперт ОЗОЛЕН		09.10.2025.