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.Караганда «10» октября 2025 года
(местонахождение)

1. **НАО «Фонд социального медицинского страхования»** (далее – Фонд) в составе:
Кошжанова З.С. главный эксперт отдела оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств и Батырбаева Р.У. главный эксперт отдела закупа и оплаты медицинской помощи
(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) Стационарозамещающая хирургическая медицинская помощь в системе ОСМС, Стационарозамещающая медицинская помощь в системе ОСМС, Консультативно-диагностические услуги (комплекс КДУ на 1 прикрепленного жителя) в рамках ГОБМП,
Консультативно-диагностические услуги (комплекс КДУ на 1 прикрепленного жителя) в системе ОСМС
*(указываются виды/формы или условия оказания) услуг (лот) согласно заявке на **актуализацию**)*

посетил производственную (-ые) базу(-ы) ТОВАРИЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "ОЗОН-ИНТЕГРА"
(указать наименование субъекта здравоохранения)
по адресу: Карагандинская область, город Караганда, район имени Казыбек би, ул.Касым Аманжолова, строение 45 А.
(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	201140008022	ТОВАРИЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "ОЗОН-ИНТЕГРА"	Соответствует

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Место работы	Должность	Подпись	Дата подписи
1	2	3	4	5
Кошжанова З.С.	ФИЛИАЛ ПО КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ НАО "ФСМС"	главный эксперт отдела оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств		10.10.2025
Батырбаева Р.У.	ФИЛИАЛ ПО КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ НАО "ФСМС"	главный эксперт отдела закупа и оплаты медицинской помощи		10.10.2025