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.Тараз, ул. Аскарова 280
(местонахождение)

«09» октябрь 2025 года

1. **НАО «Фонд социального медицинского страхования»** (далее – Фонд) в составе: главный эксперт отдела оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств: Абдикадирова Айгул Рахмановна, главный эксперт отдела закупа и оплаты медицинской помощи Керімбай Санжар 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)
-Паллиативная медицинская помощь
-Противотуберкулезные препараты
-Медико-социальная помощь лицам, больным туберкулезом по комплексному тарифу, включая реабилитацию
-Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях лицам, больным туберкулезом на республиканском уровне
*(указываются виды/формы или условия оказания) услуг (лот) согласно заявке на **актуализацию**)*

Посетили производственную базу: **ГКП на ПХВ "Жамбылский областной центр фтизиопулмонологии** *(указать наименование субъекта здравоохранения)*
по адресу: **г.Тараз, ул. Аскарова 280** *(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
	930240000397	ГКП на ПХВ "Жамбылский областной центр фтизиопульмонологии	Подтверждает наличие производственных баз, медицинских работников и медицинской техники в соответствии с данными, указанными в заявке на **актуализацию, соответствие Стандарту (-ам) в области здравоохранения**

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Место работы	Должность	Подпись	Дата подписи
1	2	3	4	5
Абдикадирова А.Р	Филиал по Жамбылской области НАО «ФСМС»	Главный эксперт		10.09.2025г
Керімбай Санжар	Филиал по Жамбылской области НАО «ФСМС»	Главный эксперт		10.09.2025г