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**
(местонахождение)

«10» 10 25 года

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

Перибек О.А. Самбаева Г.К.
*(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) **Противотуберкулезные препараты, Медицинская реабилитация в КС 2 этап, Медико-социальная помощь лицам, больным туберкулезом по комплексному тарифу, включая реабилитацию, Медицинская помощь больным инфекционными заболеваниями, Медицинская реабилитация в ДС 3 этап, Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях лицам, больным туберкулезом на республиканском уровне, Стационарозамещающая медицинская помощь в рамках ГОБМП, Стационарозамещающая медицинская помощь в системе ОСМС, Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях взрослому населению в рамках ГОБМП, Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях взрослому населению в системе ОСМС, Приемные отделения в рамках ГОБМП, Приемные отделения в системе ОСМС**
*(указываются виды/формы или условия оказания) услуг (лот) согласно заявке на **актуализацию**)*

посетил производственную (-ые) базу(-ы **ГКП на ПХВ "Городской центр фтизиопульмонологии" акимата города Астана**
*(указать наименование субъекта здравоохранения)*

по адресам:

**город Астана, район Алматы, поселок Железнодорожный, улица А1, здание 5**
*(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 | 990640001519 | ГКП на ПХВ "Городской центр фтизиопульмонологии" акимата города Астана | соответствует |

| Фамилия, имя, отчество (при его наличии) | Место работы | Должность | Подпись | Дата подписи |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Перлебек Д. А | филиал НАО «ФСМС» | гл. эксперт | [signature] | 10.10.25 |
| Силибаева Г. К. | филиал НАО «ФСМС» | гл. эксперт. | [signature] | 10.10.25 |