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.Шымкент **«09» октября 2025 года**
(местонахождение)

1. **НАО «Фонд социального медицинского страхования»** (далее – Фонд) в составе: Р. Мусралиева - руководитель отдела оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств, Н.Серикулы руководитель отдела закупа медицинских услуг *(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) **Оказание медицинской помощи на уровне первичной медико-санитарной помощи Консультативно-диагностическая помощь (специализированная медицинская помощь в амбулаторных условиях) специализированная медицинская помощь в стационарозамещающих условиях** *(указываются виды/формы или условия оказания) услуг (лот) согласно заявке на **актуализацию**)* посетил производственную (-ые) базу(-ы) **ГОСУДАРСТВЕННОЕ КОММУНАЛЬНОЕ ПРЕДПРИЯТИЕ НА ПРАВЕ ХОЗЯЙСТВЕННОГО ВЕДЕНИЯ "ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА№8" УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА ШЫМКЕНТ** *(указать наименование субъекта здравоохранения)* по адресу: город Шымкент, улица Аймауытова, №5, город Шымкент, Аль-Фарабийский район, улица Ахмет Байтурсынова, дом №2/1, город Шымкент, город Шымкент, Енбекшинский район, проезд Жидели, здание №2, Школы: город Шымкент, Аль-Фарабийский район, проспект Республики, здание №3, КГУ "IT Школа-лицей №7 имени К.Спатаева" управления образования города Шымкент, город Шымкент, Енбекшинский район, улица Казанкап Акына, здание №24, КГУ "Общеобразовательная средняя школа №12 имени М.Горького" управления образования города Шымкент, город Шымкент, Енбекшинский район, улица Акназар Хан, здание №49, КГУ "Общеобразовательная средняя школа №2 имени А.Бокейханова" управления образования города Шымкент, город Шымкент, Аль-Фарабийский район, улица Турысова, здание №17, КГУ "Общеобразовательная средняя школа №11 имени А.Навои" управления образования города Шымкент, город Шымкент, Аль-Фарабийский район, улица Жангельдина, 13 *(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	БСН: 140440022499	**ГКП на ПХВ "ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА№8" УЗ г.ШЫМКЕНТ**	соответствует

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Место работы	Должность	Подпись	Дата подписи
1	2	3	4	5
Р. Мусралиева	Филиал по городу Шымкент НАО ФСМС	Руководитель отдела оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств		13.10.25г.
Н.Серикулы	Филиал по городу Шымкент НАО ФСМС	Руководитель отдела закупа медицинских услуг		13.10.25.