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.Атырау «13» 10.2025 года
(местонахождение)

1. **НАО «Фонд социального медицинского страхования»** (далее – Фонд) в составе:
Ажмагамбетова Нурия Тугуловна – главный эксперт отдела оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств,
Закарина Диляра Эмирсоновна - главный эксперт отдела оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств,
Болаткызы Динара - 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) _____**актуализация** _____
*(указываются виды/формы или условия оказания) услуг (лот) согласно заявке на **актуализацию**)*

посетил производственную (-ые) базу(-ы) **КОММУНАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПРЕДПРИЯТИЕ НА ПРАВЕ ХОЗЯЙСТВЕННОГО ВЕДЕНИЯ "ОБЛАСТНОЙ ДЕТСКИЙ ФТИЗИОПУЛЬМОЛОГИЧЕСКИЙ САНАТОРИЙ" УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АТЫРАУСКОЙ ОБЛАСТИ"**
(указать наименование субъекта здравоохранения)
по адресу:
Атырауская область, г.Атырау, Смагулова, 26, 26
(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	950140001147	**КОММУНАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПРЕДПРИЯТИЕ НА ПРАВЕ ХОЗЯЙСТВЕННОГО ВЕДЕНИЯ "ОБЛАСТНОЙ ДЕТСКИЙ ФТИЗИОПУЛЬМОЛОГИЧЕСКИЙ САНАТОРИЙ" УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АТЫРАУСКОЙ ОБЛАСТИ"**	Подтверждает

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Место работы	Должность	Подпись	Дата подписи
1	2	3	4	5
Ажмагамбетова Нурия Тугуловна	НАО «Фонд социального медицинского страхования» филиал по Атырауской области	главный эксперт отдела оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств		13.10.25
Закарина Диляра Эмирсоновна	НАО «Фонд социального медицинского страхования» филиал по Атырауской области	главный эксперт отдела закупа и оплаты медицинской помощи		13.10.25
Болатқызы Динара	НАО «Фонд социального медицинского страхования» филиал по Атырауской области	главный эксперт отдела закупа и оплаты медицинской помощи		13.10.2025