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 «14» октября 2025 года
(местонахождение)

1. **НАО «Фонд социального медицинского страхования»** (далее – Фонд) в составе:
Шаяхметова А.У. эксперт отдела оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств и Каримбекова А.А. 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) Медицинская реабилитация в ДС 3 этап, Стационарозамещающая хирургическая медицинская помощь в рамках ГОБМП, Стационарозамещающая хирургическая медицинская помощь в системе ОСМС, Стационарозамещающая медицинская помощь в рамках ГОБМП, 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 " GALAKЛИНИКА"
(указать наименование субъекта здравоохранения)
по адресу: Карагандинская область, г. Караганда, ул.Ержанова, 41/1.
(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	140340014068	ТОВАРИЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ " GALAKЛИНИКА"	Соответствует

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Место работы	Должность	Подпись	Дата подписи
1	2	3	4	5
Шаяхметова А.У.	ФИЛИАЛ ПО КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ НАО "ФСМС"	эксперт отдела оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств		14.10.2025
Каримбекова А.А.	ФИЛИАЛ ПО КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ НАО "ФСМС"	Главный эксперт отдела закупа и оплаты медицинской помощи		14.10.25