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.Алматы «06» октября 2025 года
(местонахождение)

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

1) **Хафизова Л.М. главный эксперт отдела закупа и оплаты медицинской помощи Филиала по г. Алматы**
2) **Жумагалиева Г.Г. руководитель отдела оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств Филиала по г. Алматы**
3) **Аширбекова Г.С. главный эксперт отдела оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств Филиала по г. Алматы**

(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) Заявка на актуализацию.
*(указываются виды/формы или условия оказания) услуг (лот) согласно заявке на **актуализацию**)*

посетил производственную (-ые) базу(-ы). **ТОО "Казахский ордена "Знак Почета" научно-исследовательский институт глазных болезней"**
(указать наименование субъекта здравоохранения)
по адресу:
г. Алматы, ул. Толе би, дом № 95 А
(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
	990240009173	ТОО "Казахский ордена "Знак Почета" научно-исследовательский институт глазных болезней"	Подтверждает наличие производственных баз, лицензии, СЭС заключения, медицинских работников в соответствии с данными, указанными в заявке на актуализацию, соответствие Стандарту (-ам) в области здравоохранения Не подтверждает наличие медицинской техники (минимального оснащения по отделениям).

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Место работы	Должность	Подпись	Дата подписи
1	2	3	4	5
Хафизова Л.М. Жумагалиева Г.Г. Аширбекова Г.С.	Филиал по городу Алматы некоммерческого акционерного общества «Фонд социального медицинского страхования»	Главный эксперт ОЗОМП Руководитель ООКМП и МДО Главный эксперт ООКМП и МДО		14.10.2025 14.10.2025 14.10.2025