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. Павлодар
(местонахождение)

15 окт 2025 года

1. **НАО «Фонд социального медицинского страхования»** (далее – Фонд) в составе:
Курманалиева С.М. - главный эксперт отдела оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств;
Калымова Д.Ж. - эксперт отдела закупа и оплаты медицинской помощи;
Сулейменова М.Б. - главный эксперт отдела оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств.
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)
Экстренная и плановая стоматологическая помощь отдельным категориям граждан РК, услуги ортодонтической помощи
Посетил производственные базы ТОО «Ажар» по адресам:
Республика Казахстан, Павлодарская область, город Павлодар, улица Лермонтова, строение №100/2
Республика Казахстан, Павлодарская область, город Павлодар, улица Майры, строение №47
Республика Казахстан, Павлодарская область, город Павлодар, улица Катаева, дом 36 КГУ "средняя общеобразовательная школа №14 города Павлодара"
Республика Казахстан, Павлодарская область, город Павлодар, улица Майры, дом 49/1 КГУ "Средняя общеобразовательная школа №25 г.Павлодара"
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	970640013162	ТОО «Ажар»	Наличие производственных баз-подтверждается; Наличие медицинских работников и медицинской техники в соответствии с данными указанными в заявке на актуализацию, в соответствии Стандарту в области здравоохранения – подтверждается.

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Место работы	Должность	Подпись	Дата подписи
1	2	3	4	5

Курманалиева С.М.	Филиал по Павлодарской области некоммерческого акционерного общества «Фонд социального медицинского страхования»	главный эксперт отдела оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств;		
Калымова Д.Ж.	Филиал по Павлодарской области некоммерческого акционерного общества «Фонд социального медицинского страхования»	эксперт отдела закупа и оплаты медицинской помощи;		
Сулейменова М.Б.	Филиал по Павлодарской области некоммерческого акционерного общества «Фонд социального медицинского страхования»	главный эксперт отдела оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств;		