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
(местонахождение)

«14» 10.2025 года

1. **НАО «Фонд социального медицинского страхования»** (далее – Фонд) в составе:
Ажмагамбетова Нурия Тугуловна – главный эксперт отдела оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств,
Асанова Жанар Серікқызы - главный эксперт отдела оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств,
Кошенова Асем Талгатовна - 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 "АТЫРАУСКИЙ ГОРОДСКОЙ РОДИЛЬНЫЙ ДОМ" УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АТЫРАУСКОЙ ОБЛАСТИ**
(указать наименование субъекта здравоохранения)
по адресу:
Атырауская область, г.Атырау, мкр.Алмагуль, 25
(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	091140015703	**КОММУНАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПРЕДПРИЯТИЕ НА ПРАВЕ ХОЗЯЙСТВЕННОГО ВЕДЕНИЯ "АТЫРАУСКИЙ ГОРОДСКОЙ РОДИЛЬНЫЙ ДОМ" УПРАВЛЕНИЯ 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		14.10.2025
Казбаева Раушан Серікқызы	НАО «Фонд социального медицинского страхования» филиал по Атырауской области	главный эксперт отдела оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств		14.10.2025
Кошенова Асем Талгатовна	НАО «Фонд социального медицинского страхования» филиал по Атырауской области	главный эксперт отдела закупа и оплаты медицинской помощи		14.10.2025