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.Тараз, Ултанбаева, 111 ***«16» октября 2025 года***
(местонахождение)

1. **Филиал по Жамбылской области НАО «Фонд социального медицинского страхования»** (далее – Фонд) в составе:
Мукаев Кайрулла Мажидович, Османова Гульнар Базарбаевна (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 КС 3 этап взрослому и детскому населению;
Медицинская реабилитация в КС 2 этап взрослому населению;
Медицинская реабилитация в ДС взрослому населению;
Медицинская реабилитация в АПП взрослому и детскому населению.____
*(указываются виды/формы или условия оказания) услуг (лот) согласно заявке на **актуализацию**)*
посетил производственные базуы Государственное коммунальное предприятие на праве хозяйственного ведения «Жамбылский областной реабилитационный центр» управления здравоохранения акимата Жамбылской области *(указать наименование субъекта здравоохранения)*
по адресам: КАЗАХСТАН, 311010000, 080000 Жамбылская область, г.Тараз, Ултанбаева, 111. Жамбылская область, г. Тараз, улица Т.Рыскулова дом 32А
(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

	990240002453	Государственное коммунальное предприятие на праве хозяйственного ведения «Жамбылский областной реабилитационный центр» управления здравоохранения акимата Жамбылской области	**Подтверждает**

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Место работы	Должность	Подпись	Дата подписи
1	2	3	4	5
Мукаев Кайрулла Мажидович	Фонд	Главный эксперт отдел закупа и оплаты медицинской помощи Фонда		16.10.2025г.
Османова Гульнар Базарбаевна	Фонд	главный эксперт отдела оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств Фонда		16.10.2025г.