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.Щучинск «10» октября 2025года
(местонахождение)

Филиал по Акмолинской области НАО «Фонд социального медицинского страхования» (далее – Фонд) в составе:
-Едрисова Р. Б.- руководитель отдела закупа и оплаты медицинской помощи;
-Омарова Ж.К.- главный эксперт отдел оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств,
-Аликулов А.А.-главный эксперт по юридическим вопросам
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и должностьработников 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)* в системе ОСМС.
Медицинская реабилитация:
Медицинская реабилитация в КС 3 этап
(указываются виды/формы или условия оказания) услуг (лот) согласно заявке на актуализацию)
посетил производственную (-ые) базу(-ы) **ГКП на ПХВ «Областной реабилитационный центр «Кокше» приУправлении здравоохранения Акмолинской области.**
(указать наименование субъекта здравоохранения)
по адресу: **РК, Акмолинская область, Бурабайский район, г.Щучинск, микрорайон ЦРБ, дом 3**
(указывается адрес производственной (-ых) баз(-ы))

Фонд по результатам посещения РЕШИЛ:

№ п/п	БИН/ИИН	Наименованиесубъекта 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.	961140000556	ГКП на ПХВ «Областной реабилитационный центр «Кокше» при Управлении здравоохранения Акмолинской области.	Подтверждает о соответствии данных, указанных в заявке на актуализацию, соответствие Стандартам в области здравоохранения.

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Место работы	Должность	Подпись	Дата подписи
1	2	3	4	5
Едрисова Р.Б	Филиал по Акмолинской области НАО «Фонд социального медицинского страхования»	руководитель отдела закупа и оплаты медицинской помощи		10.10.25г
Омарова Ж.К	Филиал по Акмолинской области НАО «Фонд социального медицинского страхования»	главный эксперт Отдел оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств.		10.10.25г
Аликулов А.А.	Филиал по Акмолинской области НАО «Фонд социального медицинского страхования»	главный эксперт по юридческим вопросам.		10.10.25