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. Шымкент «17» октября 2025 года
(местонахождение)

1. **НАО «Фонд социального медицинского страхования»** (далее – Фонд) в составе:
Серикулы Н.-Руководитель отдела закупа и оплаты медицинской помощи Филиала по г. Шымкент
Еламан Т.-эксперт отдела закупа и оплаты медицинской помощи Филиала по г. Шымкент
(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
Поставщик
Медицинская реабилитация в АПП
Медицинская реабилитация в КС 3 этап
Медицинская реабилитация в ДС 3 этап
Экстренная и плановая стоматологическая помощь отдельным категориям граждан РК в системе ОСМС
Медицинская реабилитация в АПП детскому населению
Соисполнитель
Консультативно-диагностические услуги (комплекс КДУ на 1 прикрепленного жителя) в рамках ГОБМП
Консультативно-диагностические услуги (комплекс КДУ на 1 прикрепленного жителя) в системе ОСМС
*(указываются виды/формы или условия оказания) услуг (лот) согласно заявке на **актуализацию**)*
посетил производственную (-ые) базу(-ы)
ТОО "Ақжан-1" *(указать наименование субъекта здравоохранения)*
по адресу:
г.Шымкент, Каратауский район, Республика Казвахстан, город Шымкент, Каратауский район, проспект Нұрсұлтан Назарбаева, здание №683Б
г.Шымкент, Каратауский район, Республика Казахстан, город Шымкент, район Каратау, микрорайон Кайтпас, улица Арман, здание № 592
(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	230340009427	ТОО "Ақжан-1"	**Подтверждает** наличие производственных баз, медицинских работников и медицинской техники в соответствии с данными, указанными в заявке на актуализацию, соответствие Стандарту (-ам) в области здравоохранения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Место работы	Должность	Подпись	Дата подписи
1	2	3	4	5
Серикулы Нуржан	Филиал по городу Шымкент НАО «Фонд социального медицинского страхования»	руководитель отдела закупа и оплаты медицинской помощи филиала по г. Шымкент		20.10.2025.
Турар Еламан	Филиал по городу Шымкент НАО «Фонд социального медицинского страхования»	эксперт отдела закупа и оплаты медицинской помощи Филиала по г. Шымкент		20.10.2025.