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

п.Бурабай «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) **РГП на ПХВ «Научно-исследовательский институт курортологиии медицинской реабилитации» МЗ РК.**
(указать наименование субъекта здравоохранения)
по адресу: **РК,Акмолинская область,Бурабайский район, п.Бурабай,ул.Кенесары, дом 1**
(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.	940640000224	РГП на ПХВ «Научно-исследовательский институт курортологиии медицинской реабилитации» МЗ. РК.	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		10.10.25
Омарова Ж.К	Филиал по Акмолинской области НАО «Фонд социального медицинского страхования»	главный эксперт Отдел оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств.	10.10.25	10.10.25
Аликулов А.А.	Филиал по Акмолинской области НАО «Фонд социального медицинского страхования»	главный эксперт по юридческим вопросам.		10.10.25