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.Алматы «20» октября 2025 года
(местонахождение)

1. **НАО «Фонд социального медицинского страхования»** (далее – Фонд) в составе:

Калкабаева Ж.А. главный эксперт отдела закупа и оплаты медицинской помощи Филиала по г. Алматы
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и должность работников Фонда, посетивших субъект здравоохранения)

Турлиева А.Б. главный эксперт отдела закупа и оплаты медицинской помощи Филиала по г. Алматы
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и должность работников Фонда, посетивших субъект здравоохранения)

Исаева Г.Н. главный эксперт отдела качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств Филиала по г. Алматы
(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 актуализацию
*(указываются виды/формы или условия оказания) услуг (лот) согласно заявке на **актуализацию**)*

посетил производственную (-ые) базу(-ы) **КГП на ПХВ "Центр первичной медико-санитарной помощи Медеуского района" УОЗ г.Алматы**
(указать наименование субъекта здравоохранения)
по адресу:

г.Алматы, Медеуский район, ул. Калдаякова, д. 74

(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
	040240003197	КГП на ПХВ "Центр первичной медико-санитарной помощи Медеуского района" УОЗ г.Алматы	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
Калкабаева Ж.А.	Филиал по городу Алматы некоммерческого акционерного общества «Фонд социального медицинского страхования»	Главный эксперт		20.10.25г
Турлиева А.Б.	Филиал по городу Алматы некоммерческого акционерного общества «Фонд социального медицинского страхования»	Главный эксперт		20.10.25г.
Исаева Г.Н.	Филиал по городу Алматы некоммерческого акционерного общества «Фонд социального медицинского страхования»	Главный Эксперт		20.10.25г