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 «23» 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
(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
Услуги пенсионерам и членам семьи военнослужащих, правоохранительных и специализированных государственных органов в рамках ГОБМП
Услуги пенсионерам и членам семьи военнослужащих, правоохранительных и специализированных государственных органов в системе ОСМС *(указываются виды/формы или условия оказания) услуг (лот) согласно заявке на **актуализацию**)*
посетил производственную (-ые) базу(-ы) **ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ПОЛИКЛИНИКА ДЕПАРТАМЕНТА ПОЛИЦИИ ГОРОДА ШЫМКЕНТА"**
(указать наименование субъекта здравоохранения)
по адресу:
г.Шымкент, Аль-Фарабийский район, 160011, Республика Казахстан, город Шымкент, Аль-Фарабийский район, проспект Тауке-хана, здание 70/2
(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	181140009551	ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ПОЛИКЛИНИКА ДЕПАРТАМЕНТА ПОЛИЦИИ ГОРОДА ШЫМКЕНТА"	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 некоммерческого акционерного общества «Фонд социального медицинского страхования»	руководитель отдела закупа и оплаты медицинской помощи Филиала по г. Шымкент		23.10.25