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 **«22»октября 2025 года**
(местонахождение

1. **НАО «Фонд социального медицинского страхования»** (далее – Фонд) в составе:
Бекетқызы.Д главный эксперт отдела оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств
Мырзалиева М.Е. главный эксперт отдела закупа и оплаты медицинской помощи Филиала по городу 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:
Оказание медицинской помощи на уровне первичной медико-санитарной помощи
Консультативно-диагностическая помощь (специализированная медицинская помощь в амбулаторных условиях)
Специализированная медицинская помощь в стационарозамещающих условиях *(указываются виды/формы или условия оказания) услуг (лот) согласно заявке на* ***актуализацию)***

посетил производственную (-ые) базу(-ы) **КГП на ПХВ "Городская поликлиника №8" УОЗ Алматы**
(указать наименование субъекта здравоохранения)
по адресу:
г.Алматы, Турксибский район, Акан серы, 36А *(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**

	180440022199	**КГП на ПХВ "Городская поликлиника №8" УОЗ Алматы**	***Подтверждаю***

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	**Место работы**	**Должность**	**Подпись**	**Дата подписи**
1	**2**	**3**	**4**	**5**
Бекетқызы.Д	Филиал по городу Алматы НАО "Фонд социального медицинского страхования"	Главный эксперт	22.10 2025	
Мырзалиева М. Е.	Филиал по городу Алматы НАО "Фонд социального медицинского страхования"	Главный эксперт	22.10 2025	