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

с. Караоткель **«24» октября 2025 года**
(местонахождение)

1. **НАО «Фонд социального медицинского страхования»** (далее – Фонд) в составе:
- Тұрмағанбек Талғат Әділханұлы (директор филиала по Акмолинской области)
- Мергазез Батыр Қажымұлы (главный эксперт отдел оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств)
- Белгибаев Уразбай Аманбаевич (главный эксперт отдела закупа и оплаты медицинской помощи)

(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)

Экстренная и плановая стоматологическая помощь отдельным категориям граждан РК в системе ОСМС,
Стационарозамещающая медицинская помощь в рамках ГОБМП,
Стационарозамещающая медицинская помощь в системе ОСМС.

*(указываются виды/формы или условия оказания) услуг (лот) согласно заявке на **актуализацию**)*

посетил производственную (-ые) базу(-ы) **ТОО "Медико-консультативный центр "Мейірім""**
(указать наименование субъекта здравоохранения)

по адресу:

Республика Казахстан, Акмолинская область, Целиноградский район, село Караоткель, улица Женис, строение 4

(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	220640024985	ТОО "Медико-консультативный центр "Мейірім""	**Подтверждает** наличие производственных баз, медицинских работников и медицинской техники в соответствии с данными, указанными в заявке на **актуализацию**

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Место работы	Должность	Подпись	Дата подписи
1	2	3	4	5
Тұрмағанбек Талғат Әділханұлы	НАО «ФСМС» филиала фонда по Акмолинской области	Директор филиала по Акмолинской области		23.10.2025
Мергазез Батыр Қажымұлы	НАО «ФСМС» филиала фонда по Акмолинской области	Главный эксперт отдел оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств		24.10.2025
Белгибаев Уразбай Аманбаевич	НАО «ФСМС» филиала фонда по Акмолинской области	Главный эксперт отдела закупа и оплаты медицинской помощи		24.10.2025