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 (местонахождение) «23» октября 2025 года

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)*

Смагулова Г.К. 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) ТОО "БИОС"
*(указать наименование субъекта здравоохранения)*
по адресу:

г.Алматы, Алмалинский район, ул. Маметовой, д. 29/41

*(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 |
| | 000840003687 | ТОО "БИОС" | 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 | | 23.10.25г |
| Турлиева А.Б. | Филиал по городу Алматы некоммерческого акционерного общества «Фонд социального медицинского страхования» | Главный эксперт | | 23.10.25г. |
| Смагулова Г.К. | Филиал по городу Алматы некоммерческого акционерного общества «Фонд социального медицинского страхования» | Главный Эксперт | | 25.10.25г. |