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:
**1)Каращев Д.А. главный эксперт отдела закупа и оплаты медицинской помощи Филиала по г. Алматы;**
**2) Ескожаева У.К. главный эксперт отдела оценки 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 базу Товарищество с ограниченной ответственностью "ARLAN MED"**

*(указать наименование субъекта здравоохранения)*по адресу:

**Город Алматы, Алатауский район, Микрорайон Дарабоз, ЖК "Alatau City", дом 43, кв. 91**
**Город Алматы, Бостандытский район Жандосова, дом 15**
**Город Алматы, Ауэзовский район, микрорайон 1, дом 73а кв2**
*(указывается адрес производственной (-ых) баз(-ы))*

**Фонд по результатам посещения РЕШИЛ:**

| № п/п | БИН/ИИН | Наименование субъекта здравоохранения | Решение |
|---|---|---|---|
| | | | 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. | 220940047231 | Товарищество с ограниченной ответственностью "ARLAN MED" | 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 |
| Карашев Д.А.<br>Ескожаева У.К. | Филиал по городу Алматы некоммерческого акционерного общества «Фонд социального медицинского страхования» | Главный эксперт<br>Главный эксперт | | |