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)

«22» октября 2025 года

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 попомщи 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 "L-STOM"

*(указать наименование субъекта здравоохранения)*по адресу:

РК, город Алматы, пр. Райымбека, дом 211 *(указывается адрес производственной (-ых) баз(-ы))*

Фонд по результатам посещения РЕШИЛ:

№ п/п	БИН/ИИН	Наименование субъекта здравоохранения	Решение
			Несоответствие полное отсутвие медицинских работников на рабочем месте и медицинской техники не в соответствии с данными, указанными в заявке на актуализацию, несоответствие Стандарту (-ам) в области здравоохранения. Не соответствует количество стом установок относительно сумт и фактическое их наличе на балансе у ТОО
1	2	3	4
1.	160140017396	Товарищество с ограниченной ответственностью "L-STOM"	Несоответствие полное отсутвие медицинских работников на рабочем месте и медицинской техники не в соответствии с данными, указанными в заявке на актуализацию, несоответствие Стандарту (-ам) в области здравоохранения. Не соответствует количество стом установок относительно сумт и фактическое их наличе на балансе у ТОО

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Место работы	Должность	Подпись	Дата подписи
1	2	3	4	5
Карашев Д.А. **Ескожаева У.К.**	**Филиал по городу Алматы некоммерческого акционерного общества «Фонд социального медицинского страхования»**	**Главный эксперт** **Главный эксперт**		