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. Астана «24» октября 2025 года
(местонахождение)

1. **НАО «Фонд социального медицинского страхования»** (далее – Фонд) в составе:

Сматулова Н. Г. (заведующий), Закомбаева А. М. (мониторинг)

(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) **Оказание медицинской помощи на уровне первичной медико-санитарной помощи, Консультативно-диагностическая помощь, Специализированная медицинская помощь в стационарозамещающих условиях, Медицинская реабилитация**

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

посетил производственную (-ые) базу(-ы **ГКП на ПХВ "Гор.поликлиника №4" г.Астаны**

(указать наименование субъекта здравоохранения)

по адресу:

город Астана, улица Шевченко,1, ул.Боталы, 26

(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	070440005285	ГКП на ПХВ "Гор.поликлиника №4" г.Астаны	Соответствует заявке в БД

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Место работы	Должность	Подпись	Дата подписи
1	2	3	4	5
Рахметбекова А.М.	Филиал г. Астаны ФСМС	гл. эксп.		24.10.25
Смагулова Н.Г.	Филиал по г. Астана	гл. эксперт отд. закупа и оплаты		24.10.25 г.