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
(местонахождение)

«14» 10 25 года

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

Байжуманшев Н.Р. Эксперт отдела закупа Карасаевбаева Н.К. - гл. эксперт отдела мониторинга
(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) **Медицинская реабилитация в АПП. Медицинская реабилитация в ДС 3 этап. Медицинская реабилитация в ДС 3 этап детскому населению. Медицинская реабилитация в АПП детскому населению. Медицинская реабилитация в КС 2 этап. Медицинская реабилитация в КС 3 этап. Медицинская реабилитация в ДС 3 этап. Медицинская реабилитация в КС 3 этап детскому населению.**
*(указываются виды/формы или условия оказания) услуг (лот) согласно заявке на **актуализацию**)*

посетил производственную (-ые) базу(-ы **ТОО "АСТАНА СИТИ ГРУПП"**
(указать наименование субъекта здравоохранения)

по адресам:

1. **город Нур-Султан, район Сарыарка, улица Кенесары, дом 9, н.п. 6**
2. **город Астана, район Сарыарка, ул. Московская, дом 17**

(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	130940000444	ТОО "АСТАНА СИТИ ГРУПП" улица Аманат, 3	соответствует
2	130940000444	район Сарыарка, ул. Московская, дом 17	соответствует

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Место работы	Должность	Подпись	Дата подписи
1	2	3	4	5
Баймуканов Нурбек Рашидович	НАО „Фонд социального мед. страхования" по г. Астана	Эксперт отдела закупа		24.10.25
Жаримбаева Н.К	Филиал НАО „Фонд соц. мед. страхования" по г. Астана	Гл. эксперт отдела комплаенса		24.10.25г.