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.Кызылорда «28» октября 2025 года
(местонахождение)

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

**Отдел закупа и оплаты медицинской помощи гл.эксперт -Кеулимжаева А.**
**Отдел оценка качества медицинской помощи и мониторинга договорных обьязательств-гл.эксперт Косжанова С.Е.**
*(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)

| Вид/Форма медицинской помощи (Поставщик) | Подвида вида/формы медицинской помощи (Поставщик) | Вид/Форма медицинской помощи (Соисполнитель) | Подвида вида/формы медицинской помощи (Соисполнитель) |
|---|---|---|---|
| Специализированная медицинская помощь в стационарозамещающих условиях | Стационарозамещающая медицинская помощь в рамках ГОБМП | Консультативно-диагностическая помощь (специализированная медицинская помощь в амбулаторных условиях) | Консультативно-диагностические услуги (комплекс КДУ на 1 прикрепленного жителя) в рамках ГОБМП |
| | Стационарозамещающая медицинская помощь в системе ОСМС | | Консультативно-диагностические услуги (комплекс КДУ на 1 прикрепленного жителя) в системе ОСМС |

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

посетил производственную базу: **Товарищество с ограниченной ответственностью"Клиника АСКАДИЯ"**

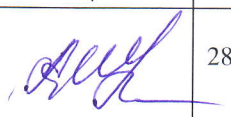
*(указать наименование субъекта здравоохранения)*

по адресу:

**Кызылординская область, г.Кызылорда, улица Бейбарыс Султана, дом №70.**
*(указывается адрес производственной базы)*

**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 | 170440011657 | **ТОО "Клиника АСКАДИЯ"** | Подтверждает |

| Фамилия, имя, отчество (при его наличии) | Место работы | Должность | Подпись | Дата подписи |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **Кеулимжаева А.** | **Отдел закупа и оплаты медицинской помощи** | **Главный эксперт** |  | 28.10.2025 |
| **Косжанова С.Е.** | **Отдел оценка качества медицинской помощи и мониторинга договорных обьязательств** | **Главный эксперт** | | 28.10.2025 |