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
(местонахождение)

«28» октября 2025 года

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

Отдел закупа и оплаты медицинской помощи эксперт-Бедеров Г
Отдел оценка качества медицинской помощи и мониторинга договорных обьязательств- гл.эксперт -Арзыкулова А
(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)
Консультативно-диагностическая помощь (специализированная медицинская помощь в амбулаторных условиях)	Экстренная и плановая стоматологическая помощь отдельным категориям граждан РК в системе ОСМС	Консультативно-диагностическая помощь (специализированная медицинская помощь в амбулаторных условиях)	Консультативно-диагностические услуги (комплекс КДУ на 1 прикрепленного жителя) в рамках ГОБМП
			Консультативно-диагностические услуги (комплекс КДУ на 1 прикрепленного жителя) в системе ОСМС
			Профилактические медицинские осмотры детского населения в системе ОСМС

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

посетил производственную (-ые) базу(-ы) **ТОО "Еркеназ 06"**
(указать наименование субъекта здравоохранения)

по адресу:
1. Республика Казахстан, Кызылординская область, город Кызылорда, улица Коркыт Ата, дом №3, квартира №1 *(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	191240029619	**ТОО "Еркеназ 06"**	**подтверждает**

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Место работы	Должность	Подпись	Дата подписи
1	2	3	4	5
Бедеров Г	**Отдел закупа и оплаты медицинской помощи**	**Эксперт**		28.10.2025
Арзыкулова А	**Отдел оценка качества медицинской помощи и мониторинга договорных обьязательств**	**Главный эксперт**		28.10.2025