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

Жамбылская область, г.Тараз, проспект Толе Би, дом №64Г
(местонахождение)

«23» октября 2025 года

1. **НАО «Фонд социального медицинского страхования»** (далее – Фонд) в составе:
главный эксперт отдела оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств Соломатина Е.В., главный эксперт отдела закупок и оплаты медицинских услуг Алимбекова Л.Т.
(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): **Обследование населения на ВИЧ-инфекции, Медико-социальная помощь лицам,зараженным ВИЧ-инфекцией, Работа дружественных кабинетов (для уязвимых групп населения в дружественных кабинетах), АРВ препараты** *(указываются виды/формы или условия оказания) услуг (лот) согласно заявке на **актуализацию**)*

посетил производственную базу КГКП «Жамбылский областной центр по профилактике и борьбе с синдромом приобретенного иммунодефицита управления здравоохранения акимата Жамбылской области»
(указать наименование субъекта здравоохранения)

по адресу: 080000, КАЗАХСТАН, 311010000, Жамбылская область, г.Тараз, проспект Толе Би, дом №64Г
БИН: 990240002730
(указывается адрес производственной (-ых) баз(-ы))

Фонд по результатам посещения РЕШИЛ:

№ п/п	БИН/ИИН	Наименование субъекта здравоохранения	Решение
			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	990240002730	КГКП «Жамбылский областной центр по профилактике и борьбе с синдромом приобретенного иммунодефицита управления здравоохранения акимата Жамбылской области»	**Подтверждает**

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Место работы	Должность	Подпись	Дата подписи
1	2	3	4	5
Соломатина Е.В.	Филиал ФСМС по Жамбылской области	Главный эксперт		23.10.2025
Алимбекова Л.Т.	Филиал ФСМС по Жамбылской области	Главный эксперт		23.10.2025