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 «29» октября 2025 года
(местонахождение)

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

Мурзалова М.У - гл эксперт, Габдуллина И.Т - эксперт
(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 ДС 3 этап детскому населению. Медицинская реабилитация в АПП детскому населению**
*(указываются виды/формы или условия оказания) услуг (лот) согласно заявке на **актуализацию**)*

посетил производственную (-ые) базу(-ы **ТОО "МЕДИЦИНСКИЙ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР "ЖҰЛДЫЗАЙ"**
(указать наименование субъекта здравоохранения)

по адресам:

1. **город Астана, район Есиль, проспект Кабанбай батыра, дом 46/1, ВП-2**
(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	150140009066	ТОО "МЕДИЦИНСКИЙ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР "ЖҰЛДЫЗАЙ"	отсутствует в СВЗ нашей ДС по мед. реаб: ДС этапа, не оказывают сопровождение. не соответствует.

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Место работы	Должность	Подпись	Дата подписи
1	2	3	4	5
Мергенова Н. У.	НАО ФМС Филиал г. Астана	гл эксперт		29.10.2025
Габдрахманова Н.Т.	НАО ФМС Филиал г. Астана	эксперт		29.10.2025