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.Атырау «30» 10.2025 года
(местонахождение)

1. **НАО «Фонд социального медицинского страхования»** (далее – Фонд) в составе:
Шарапиева Венера Болатовна – главный эксперт отдела оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств,
Мамай Нарұл Назарұлы - эксперт отдела закупа и оплаты медицинской помощи
(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) _____**актуализация** _____
*(указываются виды/формы или условия оказания) услуг (лот) согласно заявке на **актуализацию**)*

посетил производственную (-ые) базу(-ы) **ТОО "АКТОБЕ ТРАНЗИТ ЭКСПЕДИШН"**
(указать наименование субъекта здравоохранения)
по адресу: **Атырауская область, город Атырау, село Еркинкала, улица Кидас Кошербаев, ст-е 28, мкр.Балауса 1/70А, КГУ Средняя общеобразовательная школа №43, с. Еркинкала, улица Дуйиш Ескалиев 29, КГУ"Средняя общеобразовательная школа Еркинкала", с.о. Еркинкала, с.Ракуша, улица Казахстан, строение 16, КГУ"Средняя общеобразовательная школа имени М.Утемисова", с.Еркинкала, улица Атамура, стр.53А** *(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	040740011423	ТОО "АКТОБЕ ТРАНЗИТ ЭКСПЕДИШН"	Подтверждает

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Место работы	Должность	Подпись	Дата подписи
1	2	3	4	5
Закарина Диляра Эмирсоновна	НАО «Фонд социального медицинского страхования» филиал по Атырауской области	эксперт отдела оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств		30.10.25
Мамай Нарул Назарулы	НАО «Фонд социального медицинского страхования» филиал по Атырауской области	эксперт отдела закупа и оплаты медицинской помощи		30.10.2025