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 «30» октября 2025года
(местонахождение)

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 -Сулейменова Э.
(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)
Медицинская реабилитация	Медицинская реабилитация в АПП	Консультативно-диагностическая помощь (специализированная медицинская помощь в амбулаторных условиях)	Консультативно-диагностические услуги (комплекс КДУ на 1 прикрепленного жителя) в рамках ГОБМП
	Медицинская реабилитация в ДС 3 этап		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 (-ые) базу(-ы) **ТОО «ЦЕНТР САНА-СЕЗИМ»**
(указать наименование субъекта здравоохранения)
по адресу:

1.Кызылординская область, город Кызылорда, проспект А. Кунанбаев, дом 8.

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	160440016854	**ТОО «ЦЕНТР САНА-СЕЗИМ»**	**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**		30.10.2025
Сулейменова Ә.	**Отдел оценка качества медицинской помощи и мониторинга договорных обьязательств**	**Главный эксперт**		30.10.2025