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 2025 года
(местонахождение)

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

Отдел закупа и оплаты медицинской помощи гл.эксперт-Турекеев Р.
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)

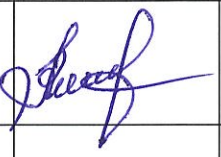
Вид/Форма медицинской помощи (Поставщик)	Подвида вида/формы медицинской помощи (Поставщик)	Вид/Форма медицинской помощи (Соисполнитель)	Подвида вида/формы медицинской помощи (Соисполнитель)
Специализированная медицинская помощь в стационарозамещающих условиях	Стационарозамещающая хирургическая медицинская помощь в рамках ГОБМП		
	Стационарозамещающая хирургическая медицинская помощь в системе ОСМС		
	Стационарозамещающая медицинская помощь в рамках ГОБМП		
	Стационарозамещающая медицинская помощь в системе ОСМС		

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

посетил производственную (-ые) базу(-ы) **ТОО «NazDarMed»**
(указать наименование субъекта здравоохранения)
по адресу:
Кызылординская область, г.Кызылорда, микрорайон Левый Берег, строение №76.
(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	221240007319	**ТОО «NazDarMed»**	Подтверждает

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Место работы	Должность	Подпись	Дата подписи
1	2	3	4	5
Турекеев Р.	**Отдел закупа и оплаты медицинской помощи**	**Главный эксперт**		30.10.2025
Арзыкулова А	**Отдел оценка качества медицинской помощи и мониторинга договорных обьязательств**	**Главный эксперт**		30.10.2025