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.Тараз, проспект Жамбыла, 186Д *«29» октября 2025 года*
(местонахождение)

1. **Филиал по Жамбылской области НАО «Фонд социального медицинского страхования»** (далее – Фонд) в составе: *Мукаев Кайрулла Мажидович, Кубеева Гаухар Пернебековна*
(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): Консультативно-диагностические услуги (комплекс КДУ на 1 прикрепленного жителя) в системе ОСМС, Профилактические медицинские осмотры детского населения в системе ОСМС, Услуги антенатального наблюдения в системе ОСМС, Профилактические медицинские осмотры целевых групп взрослого населения в системе ОСМ, Консультативно-диагностические услуги (комплекс КДУ на 1 прикрепленного жителя) в рамках ГОБМП, Стационарозамещающая медицинская помощь в системе ОСМС, Стационарозамещающая медицинская помощь в рамках ГОБМП , Обслуживание вызовов 4 (четвертой) категории срочности, Первичная медико-санитарная помощь по комплексному подушевому нормативу, Стимулирующий компонент подушевого норматива.
*(указываются виды/формы или условия оказания) услуг (лот) согласно заявке на **актуализацию**)*
посетил производственную (-ые) базу(-ы) ТОО «МЦ «Студент»
(указать наименование субъекта здравоохранения)
по адресу: *КАЗАХСТАН,311010000, 080000, Жамбылская область, г. Тараз, проспект Жамбыла, 186Д*
(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
	210940007250	ТОО «Медицинский центр «Студент»	**Подтверждает**

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Место работы	Должность	Подпись	Дата подписи
1	2	3	4	5
Мукаев Кайрулла Мажидович	Фонд	Главный эксперт отдел закупа и оплаты медицинской помощи Фонда		29.10.2025г.
Кубеева Гаухар Пернебековна	Фонд	главный эксперт отдела оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств Фонда		29.10.2025г.