7. Консультативно-диагностическая помощь при прегравидарной подготовке в системе ОСМС

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

Посетил производственную (-ые) базу(-ы) Товарищество с ограниченной ответственностью "МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ARAI" *(указать наименование субъекта здравоохранения)*

по адресу: КАЗАХСТАН, КАЗАХСТАН, 080000, Жамбылская область, г.Тараз, ул.Айтиева 183 *(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
	180440019743	Товарищество с ограниченной ответственностью "МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ARAI"	**Подтверждает**

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