Приложение 6-1
к Правилам ведения учета
субъектов здравоохранения,
оказывающих медицинскую помощь
в рамках гарантированного
объема бесплатной медицинской
помощи и (или) в системе
обязательного социального
медицинского страхования

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

Город Шымкент "03" ноября 2025 года (местонахождение)

НАО "Фонд социального медицинского страхования" (далее – Фонд) в составе:

1. **Серикулы Нуржан**- руководитель отдела закупа и оплаты медицинской помощи филиала по г.Шымкент
2. **Тұрар Еламан** - эксперт отдела закупа и оплаты услуг субъектов здравоохранения

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и должность работников Фонда, посетивших субъект здравоохранения) в рамках рассмотрения 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)

Стационарозамещающая медицинская помощь в рамках ГОБМП

Стационарозамещающая медицинская помощь в системе ОСМС (указываются виды/формы или условия оказания услуг (лот) согласно заявке на актуализацию) посетили производственную (-ые) базу(-ы)

ТОО "Медицинский центр "ЖанАли" (указать наименование субъекта здравоохранения) по адресу: город Шымкент, Енбекшинский раен, улица Шокана Уалиханова, дом 219, н.п. 2

(указывается адрес производственной (-ых) баз(-ы))

Фонд по результатам посещения РЕШИЛ:

№ п/п	БИН/ИИН	Наименование субъекта здравоохранения	За данное решение проголосовали		Решение
			За, голосов	Против, голосов	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**
	220440050104	ТОО "Медицинский центр "ЖанАли"	2		Соответствует

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Место работы	Должность	Подпись	Дата подписи
Серикулы Нуржан	филиал по г.Шымкент НАО «ФСМС»	руководитель отдела закупа и оплаты медицинской помощи филиала по г.Шымкент		03 ноября 2025г.