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. Алматы
(местонахождение)

«03» ноября 2025 года

1. **НАО «Фонд социального медицинского страхования»** (далее – Фонд) в составе:
**Ескожаева У.К.** главный эксперт отдела оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств Филиала г.Алматы
**Миразова Л.А.** эксперт отдела закупа и оплаты медицинской помощи Филиала по г. Алматы
*(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) Заявка на актуализацию *(указываются виды/формы или условия оказания) услуг (лот) согласно заявке на **актуализацию**)*

посетил производственную (-ые) базу(-ы) **КГП на ПХВ "Реабилитационный центр "Алау"**
*(указать наименование субъекта здравоохранения)*
по адресу:
**г. Алматы, Бостандыкский район, ул. З. Шашкина, 7**
*(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 |
| | 990240002886 | КГП на ПХВ "Реабилитационный центр "Алау" | Подтверждает наличие производственных баз, медицинских работников и медицинской техники в соответствии с данными, указанными в заявке на актуализацию, соответствие Стандарту (-ам) в области здравоохранения |

| Фамилия, имя, отчество (при его наличии) | Место работы | Должность | Подпись | Дата подписи |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ескожаева У.К. | Филиал по городу Алматы некоммерческого акционерного общества «Фонд социального медицинского страхования» | Главный эксперт | | 03.11.25 |
| Миразова Л.А. | Филиал по городу Алматы некоммерческого акционерного общества «Фонд социального медицинского страхования» | Эксперт | | 03.11.25г. |