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 ТОО «БИОДЕНТ ЭК", претендующего на оказание медицинской помощи в системе ОСМС

Алматинская область **03.11.2025г**

1.Сотрудники филиала по Алматинской области с целью выбора субъектов здравоохранения как поставщика в составе:

1) Кенжебаевой Ж.Б. – заместителя директора;

2) Амирбаевой Д.М. -руководителя отдела оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств;

в рамках рассмотрении заявки на включение в базу данных по следующим видам или условиям оказания медицинской помощи: Консультативно-диагностическая помощь (специализированная медицинская помощь в амбулаторных условиях), плановая и экстренная стоматологическая помощь отдельным категориям граждан в системе ОСМС, посетили производственную базу ТОО «БИОДЕНТ ЭК", по адресу: Алматинская область , Талгарский район, город Талгар, ул Карасай батыра 9Г.

ТОО «БИОДЕНТ ЭК" расположено на первом этаже отдельностоящего 2 этажного здания с отдельным входом. Общая площадь стоматологических кабинетов - 63 кв.м. В состав объекта входят помещения: регистратура, стоматологический кабинет для взрослого приема по терапевтическому, ортопедическому и хирургическому профилю, в наличии 3 стоматологические установки.

Сертификаты на 3-х врачей предоставлены. Оснащение соответствует минимальному стандарту оснащения организаций здравоохранения медицинскими изделиями, утвержденных приказом МЗ РК № ҚР ДСМ-167/2020 от 29 октября 2020 года «Об утверждении минимальных стандартов оснащения организаций здравоохранения медицинскими изделиями».

Комиссия по результатам посещения **РЕШИЛА:**

№ п/п	БИН/ИИН	Наименование субъекта здравоохранения	За данное решение проголосовали		Решение
			За, голосов	Против, голосов	
	030340007419	ТОО «БИОДЕНТЭК"	2	0	**подтверждает наличие производственной базы, техники и медицинских работников** в соответствии с данными, указанными в заявке

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) члена комиссии	Место работы	Должность члена комиссии	Подпись	Дата подписи
Кенжебаева Ж.Б.	филиал по Алматинской области	Заместитель директора		03.XI.25г
Амирбаева Д.М	Отдел оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств	Руководитель отдела		03.11.25г.