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 «27» октября 2025 года
(местонахождение)

1. **НАО «Фонд социального медицинского страхования»** (далее – Фонд) в составе:
1)Каращев Д.А. главный эксперт отдела закупа и оплаты медицинской помощи Филиала по г. Алматы;
2) Аукишева Н.А. главный эксперт отдела оценки качества медицинской попомщи и мониторинга договорных обязательств 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 базу Товарищество с ограниченной ответственностью "Международный Клинический Центр Репродуктологии PERSONA"

***(указать наименование субъекта здравоохранения)*по адресу:**

Республика Казахстанг г.Алматы, Бостандыкский район, Утепова, 32А
(указывается адрес производственной (-ых) баз(-ы))
Фонд по результатам посещения РЕШИЛ:

№ п/п	БИН/ИИН	Наименование субъекта здравоохранения	Решение
			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
1.	150440015170	**Товарищество с ограниченной ответственностью "Международный Клинический Центр Репродуктологии PERSONA"**	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
Карашев Д.А. **Аукишева Н.А.**	**Филиал по городу Алматы некоммерческого акционерного общества «Фонд социального медицинского страхования»**	**Главный эксперт** **Главный эксперт**		04.11.2025г. 04.11.2025г.