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

«04» ноября 2025 года

г.Алматы
(местонахождение)

1. **НАО «Фонд социального медицинского страхования»** (далее – Фонд) в составе:

1) **Хафизова Л.М. главный эксперт отдела закупа и оплаты медицинской помощи Филиала по г. Алматы**

2) Джандыбаева Г.Б. главный эксперт отдела оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств Филиала по г. Алматы

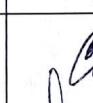
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и должность работников Фонда, посетивших субъект здравоохранения)

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 (-ые) базу(-ы). **РГП на ПХВ "Национальный научный центр фтизиопульмонологии Республики Казахстан" МЗ РК**
(указать наименование субъекта здравоохранения)
по адресу:
город Алматы, Медеуский район, улица Бехожина , 5
(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
	220440002481	РГП на ПХВ "Национальный научный центр фтизиопульмонологии Республики Казахстан" МЗ РК	Подтверждает наличие производственных баз, лицензии, СЭС заключения, 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
Хафизова Л.М.	Филиал по городу Алматы некоммерческого акционерного общества «Фонд социального медицинского страхования»	Главный эксперт		06.11.2025
Джандыбаева Г.Б.		Главный эксперт		06.11.2025