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** **«03» октября 2025 года**
(местонахождение)

1. **НАО «Фонд социального медицинского страхования»** (далее – Фонд) в составе:
Калкабаева Ж.А. главный эксперт отдела закупа и оплаты медицинской помощи Филиала по городу Алматы;
Кәрімова Г.Б. эксперт отдела оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств 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 № *Медицинская реабилитация в АПП*
*(указываются виды/формы или условия оказания) услуг (лот) согласно заявке на* ***актуализацию)***

посетил производственную (-ые) базу(-ы) ***ТОО "Иман Мед"***
*(указать наименование субъекта здравоохранения)*
по адресу:
**г.Алматы, Медеуский район, проспект Жибек Жолы, 13/5, 39**
*(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 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 130240005559 | *ТОО "Иман Мед"* | Подтверждаю наличие производственных баз, медицинских работников и медицинской техники в соответствии с данными, указанными в заявке на актуализацию, соответствует Стандарту в области здравоохранении |

| Фамилия, имя, отчество (при его наличии) | Место работы | Должность | Подпись | Дата подписи |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Калкабаева Ж.А. | Филиал по городу Алматы НАО "Фонд социального медицинского страхования" | Главный эксперт отдела закупа и оплаты медицинской помощи | | 03.10.2025 |
| Кәрімова Г.Б. | | Эксперт отдела оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств | | 03.10.2025г |