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.Тараз, проспект Жамбыла, 186Д*** ***«29» октября 2025 года***
(местонахождение)

1. **Филиал по Жамбылской области НАО «Фонд социального медицинского страхования»** (далее – Фонд) в составе: *Мукаев Кайрулла Мажидович, Кубеева Гаухар Пернебековна*
*(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): Консультативно-диагностические услуги (комплекс КДУ на 1 прикрепленного жителя) в системе ОСМС, Профилактические медицинские осмотры детского населения в системе ОСМС, Услуги антенатального наблюдения в системе ОСМС, Профилактические медицинские осмотры целевых групп взрослого населения в системе ОСМ, Консультативно-диагностические услуги (комплекс КДУ на 1 прикрепленного жителя) в рамках ГОБМП, Стационарозамещающая медицинская помощь в системе ОСМС, Стационарозамещающая медицинская помощь в рамках ГОБМП , Обслуживание вызовов 4 (четвертой) категории срочности, Первичная медико-санитарная помощь по комплексному подушевому нормативу, Стимулирующий компонент подушевого норматива.
*(указываются виды/формы или условия оказания) услуг (лот) согласно заявке на **актуализацию**)*
посетил производственную (-ые) базу(-ы) ТОО «МЦ «Студент»
*(указать наименование субъекта здравоохранения)*
по адресу: *КАЗАХСТАН,311010000, 080000, Жамбылская область, г. Тараз, проспект Жамбыла, 186Д*
(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 |
| | 210940007250 | ТОО «Медицинский центр «Студент» | **Подтверждает** |

| Фамилия, имя, отчество (при его наличии) | Место работы | Должность | Подпись | Дата подписи |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Мукаев Кайрулла Мажидович | Фонд | Главный эксперт отдел закупа и оплаты медицинской помощи Фонда | | 29.10.2025г. |
| Кубеева Гаухар Пернебековна | Фонд | главный эксперт отдела оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств Фонда | | 29.10.2025г. |