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. Астана
(местонахождение)

«02» декабря 2025 года

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

Ермановой Л.Н. и Утамурратов М.Б.

(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) **Оказание медицинской помощи на уровне первичной медико-санитарной помощи. Медицинская реабилитация. Консультативно-диагностическая помощь (специализированная медицинская помощь в амбулаторных условиях). Специализированная медицинская помощь в стационарозамещающих условиях.**
*(указываются виды/формы или условия оказания) услуг (лот) согласно заявке на **актуализацию**)*

посетил производственную (-ые) базу(-ы **ГКП на ПХВ "ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №3"**
(указать наименование субъекта здравоохранения)

по адресам:

1. **город Астана, район Сарыарка, пр. Республики, дом 56**
2. **город Астана, ул. Биржан сала, д.1**
3. **город Астана, район Сарыарка, ул. А. Молдагуловой, 22**

(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
1	990240003233	ГКП на ПХВ "ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №3" район Сарыарка, пр. Республики, дом 56	не соответствует
2	990240003233	ул. Биржан сала, д.1	соответствует
3	990240003233	район Сарыарка, ул. А. Молдагуловой, 22	соответствует

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Место работы	Должность	Подпись	Дата подписи
1	2	3	4	5
Ертанова Я. Ж.	Филиал г. Астана НАО „ФСМС"	Главный эксперт		02.12.2025
Утамурратов М. Б.	Филиал по г. Астана НАО „ФСМС"	гл. эксперт		02.12.2025