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 **«05» декабря 2025 года**

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

1. Серікұлы М. - Руководитель отдела закупа и оплаты медицинской помощи Филиала по городу Алматы

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

В рамках рассмотрения заявки на актуализацию сведений по виду оказываемых услуг – стоматологическая помощь (амбулаторно, в условиях дневного стационара), поданной субъектом здравоохранения, посетил производственную (-ые) базу(-ы) **ТОО "Empire dental center"** по адресу:. ***г.Алматы, Наурызбайский район, мкр. Шугыла, ул. Сакен Жунисов, д. 4, кор. 1, н.п. 55***

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	221240000679	ТОО "Empire dental center"	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

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	**Место работы**	**Должность**	**Подпись**	**Дата подписи**
1	2	3	4	5
Серікұлы М.	Филиал по городу Алматы НАО "Фонд социального медицинского страхования"	Руководитель отдела		05.12.2025 г.