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 "КАЗАХСТАНСКИЙ ГОМЕОПАТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР"** по адресу:. ***г.Алматы, Турксибский район, проспект Сейфуллина, дом 236***

**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 | 990540005250 | ТОО "КАЗАХСТАНСКИЙ ГОМЕОПАТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР" | 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 | | 05.12.25г |