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. Петропавловск «06» декабря 2025 года

1. **Филиал по Северо-Казахстанской области НАО «Фонд социального медицинского страхования»** (далее – Фонд) в составе:
   Нургужинова Назгуль Сакеновна
   Сериков Жанбота Жанатович
   Мухамедкалиев Ерик Сергазиевич

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, Консультативно-диагностическая помощь (специализированная медицинская помощь в амбулаторных условиях), Специализированная медицинская помощь в стационарозамещающих условиях) посетил производственную базу Товарищество с ограниченной ответственностью "ПриИшимье и К"по адресу: Северо-Казахстанская область, город Петропавловск, улица Имени Григория Потанина, 61, Северо-Казахстанская область, город Петропавловск, улица Калюжная, 22, Северо-Казахстанская область, город Петропавловск, улица Театральная, 49А, Северо-Казахстанская область, город Петропавловск, улица Интернациональная, 9, Северо-Казахстанская область, город Петропавловск, улица Рыжова, 57, Северо-Казахстанская область, город Петропавловск, улица Интернациональная,14., Северо-Казахстанская область, город Петропавловск, улица Рыжова, 51, Северо-Казахстанская область, город Петропавловск, улица 1-ая Заречная 59

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	230540012968	ТОО "ПриИшимье и К"	Поставщик Соответствует **Стандартам в области здравоохранения**

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Место работы	Должность	Подпись	Дата подписи
1	2	3	4	5
Нургужинова Н.С.	Филиал по СКО НАО «ФСМС»	Главный эксперт		06.12.2025г.
Сериков Ж.Ж.	Филиал по СКО НАО «ФСМС»	Главный эксперт		06.12.2025
Мухамедкалиев Е.С.	Филиал по СКО НАО «ФСМС»	Главный эксперт		06.12.2025