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 «06» 12 25 года
(местонахождение)

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

Есенгалиева Д.Е

(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 **ТОО "ИНТЕРТИЧ АСТАНА МЕДИЦИНСКИЙ АССИСТАНС"**
(указать наименование субъекта здравоохранения)

по адресам:
Город Астана, улица Московская, дом 38 А, ВП-2. *(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	020340006260	"ИНТЕРТИЧ АСТАНА МЕДИЦИНСКИЙ АССИСТАНС"	соответствует

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Место работы	Должность	Подпись	Дата подписи
1	2	3	4	5
Усенгалиева Д.Д	НАО "ФСМС"	эксперт		06.12.2025г
Данеева А.М	НАО „ФСМС"	эксперт		06.12.25г