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)

«31» 10 2025 года

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

Усен А.Б. глав. эксперт, Утамуратов М.Б. глав. эксперт
(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) **Медицинская помощь онкогематологическим больным: Медицинская помощь больным инфекционными заболеваниями: Медицинская реабилитация: Консультативно-диагностическая помощь (специализированная медицинская помощь в амбулаторных условиях): Специализированная медицинская помощь в стационарозамещающих условиях: Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях: Медицинская помощь больным онкологическими заболеваниями**
*(указываются виды/формы или условия оказания) услуг (лот) согласно заявке на **актуализацию**)*

посетил производственную (-ые) базу(-ы **ГКП на ПХВ "Многопрофильный медицинский центр"**
(указать наименование субъекта здравоохранения)

по адресу:
г. Астана, район Алматы, ул. Манаса 17, г. Астана, район Алматы, проспект Акжол, здание 172
(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	010140002010	ГКП на ПХВ "Многопрофильный медицинский центр"	соответствует
2	010140002010	ГКП на ПХВ "Многопрофильный медицинский центр"	соответствует.

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Место работы	Должность	Подпись	Дата подписи
1	2	3	4	5
Усен А.Б.	НАО „ФСМС" по г. Астана	глав. эксперт.		31.10.25.
Утамуратов М.Б.	НАО „ФСМС" по г. Астана	глав. эксперт.		31.10.25