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.Кызылорда «19» декабря 2025 года
(местонахождение)

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

Отдел закупа и оплаты медицинской помощи главный эксперт- Кеулимжаева А.
Отдел оценка качества медицинской помощи и мониторинга договорных обьязательств- гл.эксперт- Ахмет Д.

(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)

Вид/Форма медицинской помощи (Поставщик)	Подвида вида/формы медицинской помощи (Поставщик)	Вид/Форма медицинской помощи (Соисполнитель)	Подвида вида/формы медицинской помощи (Соисполнитель)
Консультативно-диагностическая помощь (специализированная медицинская помощь в амбулаторных условиях)	Экстренная и плановая стоматологическая помощь отдельным категориям граждан РК в системе ОСМС	Консультативно-диагностическая помощь (специализированная медицинская помощь в амбулаторных условиях)	Консультативно-диагностические услуги (комплекс КДУ на 1 прикрепленного жителя) в рамках ГОБМП
	Услуги ортодонтической помощи в системе ОСМС		Консультативно-диагностические услуги (комплекс КДУ на 1 прикрепленного жителя) в системе ОСМС
			Профилактические медицинские осмотры детского населения в системе ОСМС

*(указываются виды/формы или условия оказания) услуг (лот) согласно заявке на **актуализацию**)*

посетил производственную (-ые) базу(-ы) **ТОО «Стомцентр Кызылорда»**
(указать наименование субъекта здравоохранения)
по адресу:
1. Кызылординская область, город Кызылорда, улица Желтоксан, дом 4, квартира 78;
2. Кызылординская область, город Кызылорда, микрорайон Акмечеть, дом 29, квартира **47;**
3. Кызылординская область, город Кызылорда, улица Ыбырай Жахаева, дом №22А.
4. **Кызылординская область, город Кызылорда, улица Желтоксан, дом №84.**
(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	130740004668	**ТОО «Стомцентр Кызылорда»**	**Подтверждает** (добавление производственные базы по адресу: **Кызылординская область, город Кызылорда, улица Желтоксан, дом №84**).

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Место работы	Должность	Подпись	Дата подписи
1	2	3	4	5
Кеулимжаева А	**Отдел закупа и оплаты медицинской помощи**	**Главный эксперт**		19.12.2025
Ахмет Д.	**Отдел оценка качества медицинской помощи и мониторинга договорных обьязательств**	**Главный эксперт**		19.12.2025