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

Жамбылская область, г. Тараз, ул. Бейбитшилик, 153 «22» октября 2025 года
(местонахождение)

1. **НАО «Фонд социального медицинского страхования»** (далее – Фонд) в составе:
Алимбекова Лизат Тлеулесовна- главный эксперт отдела закупа и оплаты медицинской помощи; Саяхова Эльмира Сериковна- главный эксперт отдела оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств.
(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 больным инфекционными заболеваниями,
Приемные отделения в рамках ГОБМП, Приемные отделения в системе ОСМС
*(указываются виды/формы или условия оказания) услуг (лот) согласно заявке на **актуализацию**)*
посетил производственную (-ые) базу(-ы) Государственное коммунальное предприятие на праве хозяйственного введения "Жамбылская областная инфекционная больница" управления здравоохранения акимата Жамбылской области
(указать наименование субъекта здравоохранения)
по адресу:*(указывается адрес производственной (-ых) баз(-ы)) Жамбылская область, г. Тараз, ул. Бейбитшилик, 153*
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
	211040001747	ГКП на ПХВ "Жамбылская областная инфекционная больница" управления здравоохранения акимата Жамбылской области	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
Алимбекова Лизат Тлеулесовна	Филиал по Жамбылской области НАО «ФСМС»	главный эксперт отдела закупа и оплаты медицинской помощи		22.10.2025г.
Саяхова Эльмира Сериковна	Филиал по Жамбылской области НАО «ФСМС»	главный эксперт отдела оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств		22.10.2025г.