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

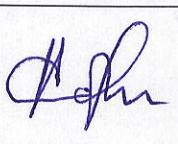
г. Шымкент
(местонахождение)

«09» января 2026 года

1. **НАО «Фонд социального медицинского страхования»** (далее – Фонд) в составе:
Серикулы Н.-Руководитель отдела закупа и оплаты медицинской помощи Филиала по г. Шымкент
Еламан Т.-эксперт отдела закупа и оплаты медицинской помощи Филиала по г. Шымкент
Алқабаев Б.- главный эксперт отдел 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) Заявка на
Поставщик
Стационарозамещающая медицинская помощь в рамках ГОБМП
Стационарозамещающая медицинская помощь в системе ОСМС
*(указываются виды/формы или условия оказания) услуг (лот) согласно заявке на **актуализацию**)*
посетил производственную (-ые) базу(-ы) **ТОО Медицинский центр "ЖАС - АЙ"**
(указать наименование субъекта здравоохранения)
по адресу:
г Шымкент, район Аль-Фараби, ул Байдибек би 47/1
(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	040740001317	ТОО Медицинский центр "ЖАС - АЙ"	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
Серикулы Нуржан	Филиал по городу Шымкент некоммерческого акционерного общества «Фонд социального	руководитель отдела закупа и оплаты медицинской помощи Филиала по г. Шымкент		09.01.2026.

	медицинского страхования»			

Еламан Т.	Филиал по городу Шымкент некоммерческого акционерного общества «Фонд социального медицинского страхования»	эксперт отдела закупа и оплаты медицинской помощи Филиала по г. Шымкент		09.01.26г
Алқабаев Б.	Филиал по городу Шымкент некоммерческого акционерного общества «Фонд социального медицинского страхования»	главный эксперт отдел оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств		09.01.26г