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)

«16» 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, **Мизамов Д.М.** - главный эксперт отдела оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств, Ж.Ускенбаева - 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) Заявка на
Поставщик
Медицинское обслуживание школьников в организациях образования в системе ОСМС
*(указываются виды/формы или условия оказания) услуг (лот) согласно заявке на **актуализацию**)*
посетил производственную (-ые) базу(-ы) **ТОО "Otau Med"**
(указать наименование субъекта здравоохранения)
по адресу: Абайский район, мкрорайон Ақжайық, здание №209А, ТОО "Qazaq bilim academy";
Каратауский район, мкр-н Тассай, здание №301/3, ТОО «Ziyatker Turan»
(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	191240018514	ТОО "Otau Med"	**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 медицинского страхования»	руководитель отдела закупа и оплаты медицинской помощи Филиала по г. Шымкент		16.01.2026
Мизамов Даурен Мухтарұлы	Филиал по городу Шымкент некоммерческого акционерного общества «Фонд социального медицинского страхования»	Главный эксперт отдела оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств		16.01.2026