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 «10» февраля 2026 года
(местонахождение)

1. **НАО «Фонд социального медицинского страхования»** (далее – Фонд) в составе:
Серикулы Н.-Руководитель отдела закупа и оплаты медицинской помощи Филиала по г. Шымкент
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и должность работников Фонда, посетивших субъект здравоохранения)
Тұрар Е.-эксперт отдела закупа и оплаты медицинской помощи Филиала по г. Шымкент
(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
Экстренная и плановая стоматологическая помощь отдельным категориям граждан РК в системе ОСМС
Стационарозамещающая медицинская помощь в рамках ГОБМП
Стационарозамещающая медицинская помощь в системе ОСМСОСМС
Лабораторные исследования (комплекс КДУ на 1 прикрепленного жителя) в рамках ГОБМП
Лабораторные исследования (комплекс КДУ на 1 прикрепленного жителя) в системе ОСМС
СОИСПОЛНИТЕЛЬ
Консультативно-диагностические услуги (комплекс КДУ на 1 прикрепленного жителя) в рамках ГОБМП
Консультативно-диагностические услуги (комплекс КДУ на 1 прикрепленного жителя) в системе ОСМС
Лабораторные исследования (комплекс КДУ на 1 прикрепленного жителя) в рамках ГОБМП
Лабораторные исследования (комплекс КДУ на 1 прикрепленного жителя) в системе ОСМС
(указываются виды/формы или условия оказания) услуг (лот) согласно заявке на ***актуализацию)***
посетил производственную (-ые) базу(-ы)
ТОО "Olymp Medical Group"
(указать наименование субъекта здравоохранения)
по адресу:
город Шымкент, Аль-Фарабийский район, улица Байтерекова, здание 51/1
(указывается адрес производственной (-ых) баз(-ы))

Фонд по результатам посещения РЕШИЛ:

№	БИН/ИИН	Наименование	Решение

п/п		субъекта здравоохранения	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	140840005097	ТОО "Olymp Medical Group"	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 НАО «Фонд социального медицинского страхования»	руководитель отдела закупа и оплаты медицинской помощи филиала по г. Шымкент		10.02.2025
Тұрар Еламан	Филиал по городу Шымкент НАО «Фонд социального медицинского страхования»	эксперт отдела закупа и оплаты медицинской помощи филиала по г. Шымкент		10.02.2025г.