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. Астана
(местонахождение)

«21» апреля 2026 года

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

Калиаева К.А - гл. эксперт отдела оценки, Карасаев С.Т - гл. эксп. отдела закупа и оплаты мед. пом.
(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 реабилитация в АПП. Медицинская реабилитация в АПП детскому населению. Доплаты водителям отделений скорой медицинской помощи (мобильных бригад) при организациях здравоохранения, оказывающих первичную медико–санитарную помощь, за особые условия труда в размере 200% от базового должностного оклада.**
*(указываются виды/формы или условия оказания) услуг (лот) согласно заявке на **актуализацию**)*

посетил производственную (-ые) базу(-ы) **ТОВАРИЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "КЛИНИКА СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ"**
(указать наименование субъекта здравоохранения)

по адресу:

1. город Астана, район Есиль, проспект Улы Дала, дом 82, н.п. 2
(указывается адрес производственной (-ых) баз(-ы))

Фонд по результатам посещения РЕШИЛ:

№ п/п	БИН/ИИН	Наименование субъекта здравоохранения	За данное решение проголосовали		Решение
			За, голосов	Против, голосов	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	5	6
1	160740001103	ТОВАРИЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "КЛИНИКА СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ"	2		подтверждает подтверждаю

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Место работы	Должность	Подпись	Дата подписи
1	2	3	4	5
Наматаев К.А.	Филиал по городу Астана	гл. эксперт отд. мониторинга		21.04.2026
Карасаев С.Т.	Фил. по г. Астана КАО «ФСМС	гл. эксп. отд. дог. и отл. мед. пом.		21.04.2026