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.Кызылорда «14» мая 2026 года
(местонахождение)

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

Отдел закупа и оплаты медицинской помощи главный эксперт- Кеулимжаева А.
Служба по административным вопросам про юридическим вопросам главный эксперт - Шама О.

(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)

Вид/Форма медицинской помощи (Поставщик)	**Подвида вида/формы медицинской помощи (Поставщик)**	**Вид/Форма медицинской помощи (Соисполнитель)**	**Подвида вида/формы медицинской помощи (Соисполнитель)**
Специализированная медицинская помощь в стационарозамещающих условиях	Стационарозамещающая хирургическая медицинская помощь в рамках ГОБМП	Консультативно-диагностическая помощь (специализированная медицинская помощь в амбулаторных условиях)	Консультативно-диагностические услуги (комплекс КДУ на 1 прикрепленного жителя) в рамках ГОБМП
Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях	Стационарозамещающая хирургическая медицинская помощь в системе ОСМС		Консультативно-диагностические услуги (комплекс КДУ на 1 прикрепленного жителя) в системе ОСМС
	Стационарозамещающая медицинская помощь в рамках ГОБМП		
	Стационарозамещающая медицинская помощь в системе ОСМС		
	Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях взрослому населению в рамках ГОБМП		
	Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях взрослому населению в системе ОСМС		

*(указываются виды/формы или условия оказания) услуг (лот) согласно заявке на **актуализацию**)*

посетил производственную (-ые) базу(-ы) **ТОО "QMED company qroup"**

(указать наименование субъекта здравоохранения)
по адресу:

1. Кызылординская область, город Кызылорда, улица Есим Хан, здание №19Д.
(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	171140019931	**ТОО "QMED company qroup"**	**Подтверждает** (изменение виды/подвиды медицинской помощи).

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Место работы	Должность	Подпись	Дата подписи
1	2	3	4	5
Кеулимжаева А.	**Отдел закупа и оплаты медицинской помощи**	**Главный эксперт**		14.05.2026
Шама О	**Служба по административным вопросам про юридическим вопросам**	**Главный эксперт**		14.05.2026