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 «13» июля 2026 года
(местонахождение)

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

Отдел закупа и оплаты медицинской помощи гл.эксперт-Кеулимжаева А.
(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)
Расходы на производство крови, ее компонентов и препаратов для местных организаций здравоохранения	Расходы по заготовке, переработке, хранению и реализацию крови и ее компонентов, производству препаратов крови	Консультативно-диагностическая помощь (специализированная медицинская помощь в амбулаторных условиях)	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) **КГП на ПХВ «Областной центр крови» УЗ КО.**
(указать наименование субъекта здравоохранения)

по адресу:
1. Кызылординская область, город Кызылорда, микрорайон Левый Берег, здание 81Б
(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	990140003001	**КГП на ПХВ «Областной центр крови» УЗ КО.**	Подтверждает (новая производственная база по адресу: **Кызылординская область, город Кызылорда, микрорайон Левый Берег, здание 81Б)**

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**		13.07.2026