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

Шиелиинский район
(местонахождение)

«13» июля 2026 года

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

Отдел закупа и оплаты медицинской помощи гл.эксперт-Койшыбаев Р
(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)
Консультативно-диагностическая помощь (специализированная медицинская помощь в амбулаторных условиях)	Экстренная и плановая стоматологическая помощь отдельным категориям граждан РК в системе ОСМС		

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

посетил производственную (-ые) базу(-ы) **ТОО «Әдемі тіс»**
(указать наименование субъекта здравоохранения)
по адресу:
1. Кызылординская область, Шиелийский район, поселок Шиели, улица Д. Смайлов, дом 8 А
2. Кызылординская область, Шиелийский район, поселок Шиели, улица Т. Рыскулов, ст-е 73А;
3. Кызылординская область, Шиелийский район, а.о. Гигантский, село Бидайколь, улица М. Мырзалиев, дом 21;
4. Кызылординская область, Шиелийский район, а.о. Гигантский, село Бидайколь, улица М. Мырзалиев, дом 21;
5. Кызылординская область, Шиелийский район, пос. Шиели, ул. Амангельды, 109
6. **Кызылординская область, Шиелийский район, поселок Шиели, улица Сакен Сейфуллин, здание №4.**
(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	030640004801	**ТОО «Әдемі тіс»**	Подтверждает (изменение адреса производственные базы по адресу: . **Кызылординская область, Шиелийский район, поселок Шиели, улица Сакен Сейфуллин, здание №4.**)

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Место работы	Должность	Подпись	Дата подписи
1	2	3	4	5
Койшыбаев Р	**Отдел оценка качества медицинской помощи и мониторинга договорных обьязательств**	**Главный эксперт**		13.07.2026