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 «17» 07 2026 года
(местонахождение)

1. **Сотрудники Фонда** в составе:

Хамзин Д.А. Шерханов Д.К

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и должность, 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) **Амбулаторный гемодиализ в системе ОСМС**

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

посетил производственную (-ые) базу(-ы) **ТОВАРИЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "NEPHROLIFE"**

(указать наименование субъекта здравоохранения)

по адресу:

1. город Астана, район Сарыарка, улица Биржан Сал, дом 1/1, в.п. 1.
2. город Астана, район Сарыарка, проспект Сарыарка, дом 5/1, н.п. 4

(указывается адрес производственной (-ых) баз(-ы))

Региональная комиссия 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	171040000749	город Астана, район Сарыарка, улица Биржан Сал, дом 1/1, в.п. 1.	2		соответствует
2	171040000749	город Астана, район Сарыарка, проспект Сарыарка, дом 5/1, н.п. 4	2		соответствует

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Место работы	Должность	Подпись	Дата подписи
1	2	3	4	5
Камзин Д.А.	Филиал Астана	ЗАМ		17.07.26
Шерханов А.Е	Филиал Астана	гл эксперт		17.07.26