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.Караганда
(местонахождение)

«23» июля 2026 года

1. **НАО «Фонд социального медицинского страхования»** (далее – Фонд) в составе:
Косжанова З.С. главный эксперт отдела оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств и Смагулова Л.Ж. главный эксперт отдела закупа и оплаты медицинской помощи
(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) Паллиативная медицинская помощь, 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, Приемные отделения в рамках ГОБМП, Приемные отделения в системе ОСМС, Медицинская помощь онкогематологическим больным в рамках ГОБМП, Медицинская помощь онкогематологическим больным в системе ОСМС, Высокотехнологичная медицинская помощь в рамках ГОБМП, Высокотехнологичная медицинская помощь в системе ОСМС
посетил производственную (-ые) базу(-ы) ТОВАРИЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "ЦЕНТР ГЕМАТОЛОГИИ"
(указать наименование субъекта здравоохранения)

по адресу: Карагандинская область, г. Караганда, ул. Ерубаева 58, Карагандинская область, г.Караганда, район им.Казыбек би, город Караганда, улица С.Сейфулина, 17
(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	151040023516	ТОО "Центр гематологии"	Соответствует

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Место работы	Должность	Подпись	Дата подписи
1	2	3	4	5
Косжанова З.С.	ФИЛИАЛ ПО КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ НАО "ФСМС"	главный эксперт отдела оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств		23.07.2026г.
Смагулова Л.Ж.	ФИЛИАЛ ПО КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ НАО "ФСМС"	Главный эксперт отдела закупа и оплаты медицинской помощи		23.07.2026г.