Приложение 6-1
к Правилам ведения учета
субъектов здравоохранения,
оказывающих медицинскую помощь
в рамках гарантированного
объема бесплатной медицинской
помощи и (или) в системе
обязательного социального
медицинского страхования
Форма

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*

Мангистауская область "14"августа 2026 года

1. Комиссия по выбору субъектов здравоохранения и размещению объемов услуг (далее – комиссия) в составе:
Аманжолова Гульмира Сериковна – эксперт отдела закупа и оплаты медицинской помощи Филиала по Мангистауской области НАО «Фонд социального медицинского страхования»;
Бережная Кристина Анатольевна – главный эксперт отдела оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств Филиала по Мангистауской области НАО «Фонд социального медицинского страхования».
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и должность членов комиссии, 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) *в качестве поставщика:*
Консультативно-диагностические услуги (комплекс КДУ на 1 прикрепленного жителя) в рамках ГОБМП

- Услуги в травматологических пунктах в рамках ГОБМП.

(указываются виды/формы или условия оказания) услуг (лот) согласно заявки на планируемые объемы)

посетила производственные базы **ГКП на ПХВ "Мунайлинская районная больница"**
(указать наименование субъекта здравоохранения)
по адресам:

- Мангистауская область, Мунайлинский район, село Мангистау, квартал 24, строение 45/1
- (указывается адрес производственной (-ых) баз(-ы))

Комиссия по результатам посещения РЕШИЛА:

№ 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 планируемые объемы
1	2	3	4	5	6
90601	940340000055	ГКП на ПХВ "Мунайлинская районная больница"	2	0	Подтверждает

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) члена комиссии	Место работы	Должность члена комиссии	Подпись	Дата подписи

1	2	3	4	5
Аманжолова Г.С.	Филиал по Мангистауской помощи НАО «Фонд социального медицинского страхования»	эксперт отдела закупа и оплаты медицинской помощи		14.08.2026
Бережная К.А.	Филиал по Мангистауской помощи НАО «Фонд социального медицинского страхования»	главный эксперт отдела оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств		14.08.2026

Примечание:
*Комиссией проверяется наличие производственных баз, медицинских работников и медицинской техники в соответствии с данными, указанными в заявке на планируемые объемы.