Приложение 10
к приказу Министра здравоохранения
 и социального развития
 Республики Казахстан
 от «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года № \_\_\_

 Приложение 10
к стандарту государственной услуги «Определение соответствия (несоответствия) потенциального поставщика услуг гарантированного объема бесплатной медицинской помощи предъявляемым требованиям»

Выписка из протокола
по итогам кампании прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                           «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года
(местонахождение)

      Комиссия, созданная приказом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
                                         (наименование УЗ)
от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_года №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
                                              (название приказа)
по результатам рассмотрения итогов кампании прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ год путем открытого голосования РЕШИЛА: допустить (не допустить) к процедуре выбора поставщика в соответствии требованиями, предъявляемыми Правилами выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и возмещения его затрат, утвержденных приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 июля 2015 года № 638 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов Республики Казахстан за № 11960):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | БИН/ИИН | Наименование потенциального поставщика ПМСП | Юридический адрес | Фамилия, имя, отчество (при его наличии) представителя, № удостоверения личности, кем выдан, дата выдачи | Численность прикрепленного населения, зарегистрированного в портале «РПН» |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  |  |

      Руководитель УЗ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
        подпись, фамилия, имя, отчество (при его наличии)
Место печати