Приложение 12
к приказу Министра здравоохранения
 и социального развития
 Республики Казахстан
 от «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года № \_\_\_

 Приложение 12
к стандарту государственной услуги «Определение соответствия (несоответствия) потенциального поставщика услуг гарантированного объема бесплатной медицинской помощи предъявляемым требованиям»

 Сведения о коечном фонде

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
                   (наименование потенциального поставщика)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №п/п | Наименование профиля койки | Число коек |
| 20\_\_\_ год | 20\_\_\_ год | 20\_\_\_ год | Планируемое на 20\_\_ год |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Для взрослого населения: |
|  |  |  |  |  |  |
| Для детского населения: |
|  |  |  |  |  |  |
| ИТОГО (общее количество коек для оказания гарантированного объема бесплатной медицинской помощи) |  |  |  |  |

     Примечание:
      \* если период оказания потенциальным поставщиком медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи составляет менее трех лет, сведения представляются за иной период.
      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
      (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) первого
           руководителя потенциального поставщика и его подпись)

Место печати