ОБЪЯВЛЕНИЕ

НАО «Фонд социального медицинского страхования» 7 сентября 2017 года объявляет о начале формирования базы данных субъектов здравоохранения, претендующих на оказание медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС.

Дата начала приема заявок **«7» сентября 2017 года**.

Окончательный срок представления заявок **до 18 часов 00 минут «13» сентября 2017 года**.

# Заявка для включения в базу данных, приложение к заявке: сведения об ответственных лицах, уполномоченных на ведение информационных систем здравоохранения, прилагаются.

# **Объявление о формировании базы данных субъектов здравоохранения, претендующих на оказание медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования**

НАО «Фонд социального медицинского страхования», объявляет о формировании базы данных субъектов здравоохранения, претендующих на оказание медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования (далее – процедура).

Заявки на участие в процедуре представляются субъектами здравоохранения в филиалы НАО «Фонд социального медицинского страхования» областей, городов республиканского значения и столицы:

1. по Акмолинской области:

В филиал по Акмолинской области НАО «Фонд социального медицинского страхования» по адресу: Акмолинская область, г. Кокшетау, ул. М. Горького, д.7А, кабинет № 1.

Дополнительную информацию и справку можно получить по телефонам: 8(7162) 520 948, 507 912.

1. по Актюбинской области

В филиал по Актюбинской области НАО «Фонд социального медицинского страхования» по адресу: г. Актобе, ул. Тилеу Батыра, д. 9 Б кабинет № 106.

Дополнительную информацию и справку можно получить по телефонам: 8(702)  531 4265, 8 (747) 784-66-74.

1. по Алматинской области

В филиал по Алматинской области НАО «Фонд социального медицинского страхования» по адресу г. Талдыкорган, ул. Гаухар Ана 87, кабинет № 20.

Дополнительную информацию и справку можно получить по телефону: 8  (7282)  27 00 85

1. по Атырауской области:

В филиал по Атырауской области НАО «Фонд социального медицинского страхования» по адресу: г.Атырау ул.Ш.Уалиханова 9, 2 этаж, кабинет №3.

Дополнительную информацию и справку можно получить по телефонам: (7122)32-52-94 сот. тел.8701 44 55 504

1. по Восточно-Казахстанской области:

В филиал по Восточно-Казахстанской области НАО «Фонд социального медицинского страхования» по адресу Восточно-Казахстанская область, г. Усть-Каменогорск, ул. Крылова, д.80, кабинет № 17.

Дополнительную информацию и справку можно получить по телефону (ам): 8/7232/25-16-92, 8/7232/70-11-46.

1. по Жамбылской области:

В Филиал по Жамбылской области НАО «Фонд социального медицинского страхования», по адресу Жамбыская область, г. Тараз, ул. Айтиева 27, кабинет № 14.

Дополнительную информацию и справку можно получить по телефону: 8(726)2451877

1. по Западно-Казахстанской области:

В филиал по Западно-Казахстанской области НАО «Фонд социального медицинского страхования» по адресу Западно-Казахстанская область г. Уральск, проспект Достык-Дружбы 191/4 кабинет № 4.

Дополнительную информацию и справку можно получить по телефонам: 8-777-999-43-72, 8-705-804-58-18, 8-705-515-26-10, 8-778-872-97-90, 8-771-217-45-94

1. по Карагандинской области:

В филиал НАО «Фонд социального медицинского страхования» по адресу: г. Караганда, ул. Алиханова 2, кабинет №1.

Дополнительную информацию и справку можно получить по телефонам: 8(7212) 41-09-72, 8(7212) 42-58-62

1. по Костанайской области:

В филиал по Костанайской области НАО «Фонд социального медицинского страхования» по адресу г. Костанай, улица Быковского дом 4А кабинет 213.

Дополнительную информацию и справку можно получить по телефону: 8 701 490 76 86

1. по Кызылординской области:

В филиал НАО «Фонд социального медицинского страхования» по Кызылординской области по адресу г. Кызылорда, проспект Абая, 27 кабинет № 306.

Дополнительную информацию и справку можно получить по телефонам: 8 (7242) 23-41-95; 23-42-18

1. по Мангистауской области:

В филиал по Мангистауской области НАО «Фонд социального медицинского страхования», город Актау, по адресу – 14 микрорайон, бизнес-центр «Звезда Актау», правое крыло, кабинет №402.

Дополнительную информацию и справку можно получить по телефону: 8(701)5895161.

1. по Павлодарской области:

В филиал по Павлодарской области НАО «Фонд социального медицинского страхования» г.Павлодар, ул. Исы Байзакова, 151/2, каб. 301.

Дополнительную информацию и справку можно получить по телефонам: 8-7182-213395, 8-7182-662390

1. по Северо-Казахстанской области:

В филиал по Северо-Казахстанской области НАО «Фонд социального медицинского страхования» по адресу: г. Петропавловск, ул. Конституции Казахстана, №36, 4 этаж, кабинет №11.

Дополнительную информацию и справку можно получить по телефону: 8(7152) 46-59-34.

1. по городу Алматы:

В филиал по городу Алматы НАО «Фонд социального медицинского страхования», по адресу: город Алматы, Медеуский район, улица Маметовой, 3, кабинет № 5

Дополнительную информацию и справку можно получить по телефону:8-(7272)732328

1. по городу Астана

В филиал по городу Астана НАО «Фонд социального медицинского страхования», по адресу: г. Астана, ул. Кунаева, 12/1, ВП – 14, кабинет № 1.

Дополнительную информацию и справку можно получить по телефонам:8 (775) 990 31 71,8 (702)1534516

1. по Южно – Казахстанской области:

В филиал по Южно – Казахстанской области НАО «Фонд социального медицинского страхования», по адресу: Шымкент, Аль-Фарабийский район, ул. Алимкулова дом №12, кабинет № 19.

Дополнительную информацию и справку можно получить по телефонам: 8 (7252) 530870, 8 (7252) 530906.

Дата начала приема заявок на участие и прилагаемых к ним документов **с «7» сентября 2017 года**.

Окончательный срок представления заявок на участие и прилагаемых к ним документов **до 18 часов 00 минут «13» сентября 2017 года**.

В НАО «Фонд социального медицинского страхования» (филиал) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование и местонахождение фонда (филиала))

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование субъекта здравоохранения)

**Заявка**

# **для включения в базу данных субъектов здравоохранения, претендующих на оказание медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования\***

1. Сведения о юридическом (физическом) лице, претендующем на включение в базу данных субъектов здравоохранения, претендующих на оказание медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования:

юридический, почтовый и электронный адрес, контактные телефоны субъекта здравоохранения;

банковские реквизиты субъекта здравоохранения (ИИН, БИН, ИИК)  
полное наименование и адрес банка или его филиала, в котором субъект здравоохранения обслуживается;

фамилия, имя, отчество (при его наличии) руководителя субъекта здравоохранения.

2.  Заявляет в качестве (нужное указать):

1) субъекта здравоохранения, претендующего на оказание медицинских услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС по договору закупа медицинских услуг (поставщика);

2) соисполнителя, претендующего на оказание части обязательств поставщика услуг по договору закупа медицинских услуг на основании договора в соответствии с гражданским законодательством Республики Казахстан)

на следующую (-ие) форму (-ы) медицинской помощи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указывается форма (-ы) медицинской помощи, на оказание которой (-ых) претендует субъект здравоохранения/соисполнитель)

по следующему виду (-ам) медицинской помощи:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается вид (ы) медицинской помощи, на оказание которого (-ых) претендует субъект здравоохранения/соисполнитель);

по услугам\*\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается наименование услуг)

3. Указанные медицинские услуги оказываются на территории\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(наименование области, города республиканского значения или столицы)

4. Настоящей заявкой субъект здравоохранения выражает желание принять участие в процедуре формирования базы данных субъектов здравоохранения, претендующих на оказание медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования в соответствии с требованиями и условиями, предусмотренными Правилами закупа услуг у субъектов здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования, утвержденными приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « 7 » авугста 2017 года №591 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов Республики Казахстан за № 15604) (далее - Правила).

5. Настоящей заявкой субъект здравоохранения подтверждает отсутствие нарушений требований, предъявляемых Правилами к субъектам здравоохранения/соисполнителям для включения в базу данных субъектов здравоохранения, претендующих на оказание медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования, и достоверность представленных сведений.

1. Заявка на участие является формой выражения:
   1. согласия субъекта здравоохранения на получение сведений о нем, подтверждающих соответствие требованиям и ограничениям, установленным настоящими Правилами;
   2. осведомленности с условиями оказания медицинских услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС и оплаты за их оказание.

7. К настоящей заявке прилагаются следующие документы:

1) копия свидетельства (справка) о государственной регистрации (перерегистрации) юридического лица (для юридических лиц) или копия свидетельства о регистрации в качестве индивидуального предпринимателя (для физических лиц);

2) копия документа, удостоверяющего личность (для физических лиц);

3) копия лицензий на занятие медицинской деятельностью и приложений к ним, подтверждающих право на оказание соответствующих медицинских услуг, в том числе расположение производственной базы субъекта здравоохранения или его представительства (при подаче заявки на участие представительством).

# 4) сведения об ответственных лицах, уполномоченных на ведение информационных систем здравоохранения согласно приложению к настоящей заявке.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) руководителя субъекта здравоохранения/ соисполнителя, подпись)

Место печати (при наличии)

Дата заполнения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Примечание:

\*- заполняется субъектом здравоохранения, претендующим на оказание медицинских услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС по договору закупа услуг, или соисполнителем, претендующим на оказание части обязательств поставщика услуг по договору закупа медицинских услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС;

\*\* - указывается при подаче заявки на участие на оказание высокотехнологичных медицинских услуг, отдельных видов консультативно-диагностических услуг (дорогостоящих видов медицинских услуг и др.).

Приложение

к заявке для включения в  
базу данных субъектов здравоохранения, претендующих на оказание медицинских услуг  
в рамках гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи   
и в системе обязательного социального медицинского страхования

Форма

# Сведения об ответственных лицах,

# уполномоченных на ведение информационных систем здравоохранения

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(наименование субъекта здравоохранения)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия, имя, отчество  (при его наличии) | Должность | Индивидуальный идентификационный номер | Наименование информационной системы |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |

Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись, фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Место печати (при наличии)

Дата заполнения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ХАБАРЛАНДЫРУ

«Әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры» КЕАҚ 2017 жылғы 7 қыркүйекте ТМККК шеңберінде және МӘМС жүйесінде медициналық қызметтер көрсетуге үміткер денсаулық сақтау субъектілерінің дерекқорын қалыптастырудың басталуы туралы жариялайды.

Өтінімдерді қабылдау күні – **2017 жылғы «7» қыркүйек.**

Өтінімдерді ұсынудың соңғы мерзімі **2017 жылғы «13» қыркүйекте сағат 18 00 минутқа дейін.**

# Дерекқорға қосу үшін өтінім, өтінімге қосымша: денсаулық сақтаудың ақпараттық жүйелерін жүргізуге уәкілетті жауапты адамдар туралы мәліметтер қоса беріледі.

# **Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде**

# **медициналық қызметтер көрсетуге үміткер денсаулық сақтау субъектілерінің дерекқорын қалыптастыру туралы**

# **хабарландыру**

«Әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры» КЕАҚ тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде медициналық қызметтер көрсетуге үміткер денсаулық сақтау субъектілерінің дерекқорын қалыптастыру (бұдан әрі – рәсім) туралы жариялайды.

Рәсімге қатысуға арналған өтінімдерді денсаулық сақтау субъектілері облыстардың, республикалық маңызы бар қалалардың және астананың «Әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры» КЕАҚ филиалдарына ұсынады:

1. Ақмола облысы бойынша:

«Әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры» КЕАҚ Ақмола облысы бойынша филиалында, мекенжайы бойынша: Ақмола облысы, Көкшетау қаласы, М. Горького көшесі, 7А үйі, № 1 кабинет.

Қосымша ақпарат пен анықтаманы мынадай телефондар арқылы алуға болады: 8(7162) 520 948, 507 912.

1. Ақтөбе облысы

«Әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры» КЕАҚ Ақтөбе облысы бойынша филиалында, мекенжайы бойынша: Ақтөбе қаласы, Тілеу Батыр көшесі, 9 Б үйі, №106- кабинет.

Қосымша ақпарат пен анықтаманы мынадай телефондар арқылы алуға болады: 8(702)  531 4265, 8 (747) 784-66-74.

1. Алматы облысы

«Әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры» КЕАҚ Алматы облысы бойынша филиалында, мекенжайы бойынша: Талдықорған қаласы, Гауһар Ана көшесі, 87 үй, №20- кабинет.

Қосымша ақпарат пен анықтаманы мынадай телефондар арқылы алуға болады: 8  (7282)  27 00 85

1. Атырау облысы:

«Әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры» КЕАҚ Атырау облысы бойынша филиалында, мекенжайы бойынша: Атырау қаласы, Ш.Уәлиханов көшесі, 9 үйі, 2 қабат, №3-кабинет.

Қосымша ақпарат пен анықтаманы мынадай телефондар арқылы алуға болады: (7122)32-52-94, 8701 44 55 504

1. Шығыс Қазақстан облысы:

«Әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры» КЕАҚ Шығыс Қазақстан облысы бойынша филиалында, мекенжайы бойынша: Шығыс Қазақстан облысы, Өскемен қаласы, Крылова көшесі, 80 үйі, №17-кабинет.

Қосымша ақпарат пен анықтаманы мынадай телефондар арқылы алуға болады: 8(7232) 25-16-92, 8(7232) 70-11-46.

1. Жамбыл облысы:

«Әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры» КЕАҚ Жамбыл облысы бойынша филиалында, мекенжайы бойынша: Жамбыл облысы, Тараз қаласы, Айтиева көшесі, 27 үйі, № 14-кабинет.

Қосымша ақпарат пен анықтаманы мынадай телефондар арқылы алуға болады: 8(726)2451877

1. Батыс Қазақстан облысы:

«Әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры» КЕАҚ Батыс Қазақстан облысы бойынша филиалында, мекенжайы бойынша: Батыс Қазақстан облысы, Орал қаласы, Достық-Дружбы даңғылы, 191/4 үйі, №4-кабинет.

Қосымша ақпарат пен анықтаманы мынадай телефондар арқылы алуға болады: 8-777-999-43-72, 8-705-804-58-18, 8-705-515-26-10, 8-778-872-97-90, 8-771-217-45-94

1. Қарағанды облысы:

«Әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры» КЕАҚ Қарағанды облысы бойынша филиалында, мекенжайы бойынша: Қарағанды қаласы, Алиханова көшесі, 2 үйі, №1- кабинет.

Қосымша ақпарат пен анықтаманы мынадай телефондар арқылы алуға болады: 8(7212) 41-09-72, 8(7212) 42-58-62

1. Қостанай облысы:

Әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры» КЕАҚ Қостанай облысы бойынша филиалында, мекенжайы бойынша: Қостанай қаласы, Быковского көшесі, 4А үйі, №213 -кабинет.

Қосымша ақпарат пен анықтаманы мынадай телефондар арқылы алуға болады: 8 701 490 76 86

1. Қызылорда облысы:

Әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры» КЕАҚ Қызылорда облысы бойынша филиалында, мекенжайы бойынша: Қызылорда қаласы, Абая даңғылы, 27 үйі, №306- кабинет.

Қосымша ақпарат пен анықтаманы мынадай телефондар арқылы алуға болады: 8 (7242) 23-41-95; 23-42-18

1. Маңғыстау облысы:

Әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры» КЕАҚ Маңғыстау облысы бойынша филиалында, мекенжайы бойынша: 14 шағын ауданы, «Звезда Актау» бизнес-центр, оң қанат, №402-кабинет.

Қосымша ақпарат пен анықтаманы мынадай телефондар арқылы алуға болады: 8(701)5895161.

1. Павлодар облысы бойынша:

«Әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры» КЕАҚ Павлодар облысы бойынша филиалында, мекенжайы бойынша: Павлодар қаласы, Иса Байзақов көшесі, 151/2,. 301-кабинет.

Қосымша ақпарат пен анықтаманы мынадай телефондар арқылы алуға болады: 8-7182-213395, 8-7182-662390

1. Солтүстік-Қазақстан бойынша:

«Әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры» КЕАҚ Солтүстік-Қазақстан бойынша филиалында, мекенжайы бойынша: Петропавловск қаласы, Конституции Казахстана көшесі, №36, 4-қабат, №11-кабинет.

Қосымша ақпарат пен анықтаманы мынадай телефондар арқылы алуға болады:  
8(7152) 46-59-34.

1. Алматы қаласы бойынша:

«Әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры» КЕАҚ Алматы қаласы бойынша филиалында, мекенжайы бойынша: Алматы қаласы, Медеу ауданы, Маметова көшесі, 3, № 5 -кабинет.

Дополнительную информацию и справку можно получить по телефону:8-(7272)732328

1. Астана қаласы бойынша:

«Әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры» КЕАҚ Астана қаласы бойынша филиалында, мекенжайы бойынша: Астана қаласы, Қонаев көшесі, 12/1, ВП – 14,   
№ 1- кабинет.

Қосымша ақпарат пен анықтаманы мынадай телефондар арқылы алуға болады: 8 (775) 990 31 71,8 (702)1534516

1. Оңтүстік Қазақстан облысы бойынша:

«Әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры» КЕАҚ Оңтүстік Қазақстан облысы бойынша филиалында, мекенжайы бойынша: Шымкент қаласы, Аль-Фараби ауданы, Әлімқұлов көшесі, №12 - ұй,№ 19- кабинет.

Қосымша ақпарат пен анықтаманы мынадай телефондар арқылы алуға болады:  
 8 (7252) 530870, 8 (7252) 530906.

«Әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры» КЕАҚ-қа (филиалға) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(қордың (филиалының) атауы және орналасқан жері)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(денсаулық сақтау субъектісінің атауы)

**Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде медициналық қызметтер көрсетуге үміткер денсаулық сақтау субъектілерін дерекқорға қосу үшін**

**өтінім\***

1. Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде медициналық қызметтер көрсетуге үміткер денсаулық сақтау субъектілерінің дерекқорына қосылуға үміткер заңды (жеке) тұлға туралы мәліметтер:

денсаулық сақтау субъектісінің заңды және пошталық мекенжайы, байланыс телефондары;

денсаулық сақтау субъектісінің банк деректемелері (ЖСН, БСН, ЖСК), денсаулық сақтау субъектісініе қызмет көрсететін банктің немесе оның филиалының толық атауы мен мекенжайы;

денсаулық сақтау субъектісі басшысының тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)

2. Мыналар (керегі көрсетілсін):

1)  медициналық көрсетілетін қызметтерді сатып алу шарты бойынша ТМККК шеңберінде және (немесе) МӘМС жүйесінде медициналық қызметтер көрсетуге үміткер денсаулық субъектісі (қызметтер беруші);

2) Қазақстан Республикасының азаматтық заңнамасына сәйкес шарттың негізінде медициналық көрсетілетін қызметтерді сатып алу шарты бойынша қызметтер берушінің міндеттемелерінің бір бөлігін көрсетуге үміткер бірлесіп орындаушы ретінде

медициналық көмектің мынадай:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_түрі(-лері) бойынша, ( денсаулық сақтау субъектісі/бірлесіп орындаушы көрсетуге үміткер медициналық көмектің түрі (-лері) көрсетіледі);

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ қызметтері\*\* бойынша

(қызметтердің атауы көрсетіледі)

медициналық көмектің мынадай:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ нысанына (-дарына) өтініш береді. (денсаулық сақтау субъектісі/бірлесіп орындаушы көрсетуге үміткер медициналық көмектің нысаны (-дары) көрсетіледі)

3. Көрсетілген медициналық қызметтер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(облыстың, республикалық маңызы бар қаланың немесе астананың атауы)

көрсетіледі.

4. Осы өтініммен денсаулық сақтау субъектісі Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2017 жылғы «7» тамыздағы № 591 бұйрығымен бекітілген (Қазақстан Республикасының нормативтік құқықтық актілерін мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 15604 болып тіркелген) Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде денсаулық сақтау субъектілерінен көрсетілетін қызметтерді сатып алу қағидаларында (бұдан әрі – Қағидалар) көзделген талаптар мен шарттарға сәйкес тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде медициналық қызметтер көрсетуге үміткер денсаулық сақтау субъектілерінің дерекқорын қалыптастыру рәсіміне қатысуға ниет білдіреді.

5. Осы өтініммен денсаулық сақтау субъектісі Қағидаларда тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде медициналық қызметтер көрсетуге үміткер денсаулық сақтау субъектілерінің дерекқорына қосу үшін денсаулық сақтау субъектілеріне/бірлесіп орындаушыларға қойылатын талаптарды бұзушылықтардың жоқтығы мен ұсынылған мәліметтердің дұрыстығын растайды.

6. Қатысуға арналған өтінім:

1) денсаулық сақтау субъектісінің осы Қағидаларда белгіленген талаптар мен шектеулерге сәйкестігін растайтын ол туралы мәліметтерді алуға келісімін;

2) ТМККК шеңберінде және (немесе) МӘМС жүйесінде медициналық қызметтер көрсету және оларды көрсеткені үшін ақы төлеу талаптарымен хабардарлығын көрсету нысаны болып табылады.

7. Осы өтінімге мынадай құжаттар:

1) заңды тұлғаны мемлекеттік тіркеу (қайта тіркеу) туралы куәліктің көшірмесі (анықтама) немесе жеке кәсіпкер ретінде тіркеу туралы куәліктің көшірмесі (жеке тұлғалар үшін);

1. жеке басын куәландыратын құжаттың көшірмесі (жеке тұлға үшін);
2. медициналық қызметпен айналысуға арналған лицензиялардың және оларға тиісті медициналық қызметтерді көрсету құқығын растайтын, оның ішінде денсаулық сақтау субъектісінің немесе оның өкілдігінің (өкілдік қатысуға арналған өтінім берген жағдайда) өндірістік базасының орналасуы туралы қосымшалардың көшірмелері;
3. осы өтінімдегі қосымшаға сәйкес денсаулық сақтаудың ақпараттық жүйелерін жүргізуге уәкілетті жауапты адамдар туралы мәліметтер қоса беріледі.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(денсаулық сақтау субъектісі/бірлесіп орындаушы басшысының лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), қолы)

Мөрдің орны (бар болса)

Толтырылған күн \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ескертпе:

\*- көрсетілетін қызметтерді сатып алу шарты бойынша ТМККК шеңберінде және (немесе) МӘМС жүйесінде медициналық қызметтер көрсетуге үміткер денсаулық субъектісі немесе ТМККК шеңберінде және (немесе) МӘМС жүйесінде медициналық көрсетілетін қызметтерді сатып алу шарты бойынша қызметтер берушінің міндеттемелерінің бір бөлігін көрсетуге үміткер бірлесіп орындаушы толтырады;

\*\* - жоғары технологиялық медициналық қызметтерді, консультациялық-диагностикалық қызметтердің жекелеген түрлерін (медициналық қызметтердің қымбат тұратын түрлерін және басқаларын) көрсетуге қатысуға арналған өтінімді берген кезде көрсетіледі.

Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде медициналық қызметтер көрсетуге үміткер денсаулық сақтау субъектілерінің дерекқорын қалыптастыру рәсіміне қатысуға арналған өтінімге

қосымша

Нысан

Денсаулық сақтаудың ақпараттық жүйелерін жүргізуге уәкілетті

жауапты адамдар туралы мәліметтер

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(денсаулық сақтау субъектісінің атауы)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Р/с № | Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) | Лауазымы | Жеке сәйкестендіру нөмірі | Ақпараттық жүйенің атауы |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |

Басшы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(қолы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Мөрдің орны (бар болса)

Толтырылған күні \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_