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.

# **Объявлениео 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 9 часов 00 минут «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 страхованияв 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 « » 2017 года №\_\_\_ (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов Республики Казахстан за № ) (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) копиялицензий на занятие медицинской деятельностью и приложений к ним, подтверждающих право на оказание соответствующих медицинских услуг, в том числе расположение производственной базы субъекта здравоохраненияили его представительства (при подаче заявки на участие представительством).

# 4) сведения об ответственных лицах, уполномоченных на ведение информационных систем здравоохранения согласно приложениюк 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 гарантированногообъема

 бесплатной медицинской помощи
и в системе обязательного социальногомедицинского 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_