

**Стандарт государственной услуги  
«Определение соответствия (несоответствия) потенциального поставщика  
услуг гарантированного объема бесплатной медицинской помощи  
предъявляемым требованиям»**

**1. Общие положения**

1. Государственная услуга «Определение соответствия (несоответствия) потенциального поставщика услуг гарантированного объема бесплатной медицинской помощи предъявляемым требованиям» (далее – государственная услуга).

2. Стандарт государственной услуги разработан Министерством здравоохранения и социального развития Республики Казахстан (далее – Министерство).

3. Государственная услуга оказывается территориальными департаментами Комитета оплаты медицинских услуг Министерства, Управлениями здравоохранения областей, городов Астаны и Алматы (далее – услугодатель) при непосредственном обращении субъекта здравоохранения, претендующего на оказание гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – услугополучателя) или его представителя к услугодателю.

Прием заявления и выдача результатов оказания государственной услуги осуществляются через:

- 1) услугодателя;
- 2) Республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения «Центр обслуживания населения» Комитета по связи, информатизации и информации Министерства по инвестициям и развитию Республики Казахстан областей, городов Астаны и Алматы (далее – ЦОН).

**2. Порядок оказания государственной услуги**

4. Срок оказания государственной услуги:

- 1) со дня истечения окончательного срока представления заявок на участие – не более 4 (четырёх) рабочих дней.

В случае необходимости установления достоверности представленных услугополучателем документов к заявке на участие – в течение 30 (тридцати) календарных дней;

При обращении в ЦОН день приема документов не входит в срок оказания государственной услуги. (п.1 ст.20 ЗРК «О государственных услугах»)

2) максимально допустимое время ожидания для сдачи пакета документов – 15 (пятнадцать) минут.

3) максимально допустимое время обслуживания – 20 (двадцать) минут.

5. Результат оказания государственной услуги:

1) выписка из протокола о соответствии (несоответствии) требованиям, предъявляемым потенциальному поставщику, для участия в кампании свободного прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь (далее–ПМСП) по форме согласно приложению 1 к настоящему стандарту государственной услуги;

2) выписка из протокола о соответствии (несоответствии) требованиям, предъявляемым потенциальному поставщику для участия в оказании гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее–ГОБМП) по форме, согласно приложению 2 к настоящему стандарту государственной услуги.

6. Форма предоставления государственной услуги – бумажная.

7. Государственная услуга оказывается бесплатно субъектам здравоохранения: организациям здравоохранения и физическим лицам, занимающимся частной медицинской практикой. (ст.32 Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения»)

8. График работы:

1) услугодателя: с понедельника по пятницу с 9.00 до 18.30 часов с перерывом на обед с 13.00 до 14.30 часов, кроме выходных и праздничных дней, согласно Трудовому кодексу Республики Казахстан.

Прием заявки и выдача результатов оказания государственной услуги устанавливается с 9.00 часов до 18.00 часов с перерывом на обед с 13.00 часов до 14.30 часов;

Государственная услуга оказывается в порядке очереди, без предварительной записи и ускоренного обслуживания;

2) ЦОНа: с понедельника по субботу включительно, в соответствии графиком работы с 9.00 часов до 20.00 часов, без перерыва на обед, кроме выходных и праздничных дней, согласно трудовому законодательству Республики Казахстан.

Государственная услуга оказывается в порядке «электронной очереди» без ускоренного обслуживания, возможно бронирование электронной очереди посредством портала.

9. Перечень документов, необходимых для оказания государственной услуги при обращении услугополучателя к услугодателю или в ЦОН:

Потенциальный поставщик, оказывающий ПМСП, для участия в кампании свободного прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим ПМСП, представляет заявку на участие в процедуре определения потенциальных поставщиков для участия в кампании свободного прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим ПМСП (далее – заявка на участие), согласно [приложению 3](#) к настоящему стандарту государственной услуги с приложением следующих документов:

1) нотариально засвидетельствованные копии:

Свидетельства или справки о государственной регистрации (перерегистрации) юридического лица (электронная версия справки нотариально не заверяется);

[документа](#), предоставляющего право на осуществление предпринимательской деятельности без образования юридического лица, выданного соответствующим государственным органом (для физического лица);

договора доверительного управления (при наличии);

лицензий на занятие медицинской деятельностью и приложений к ним, подтверждающих право потенциального поставщика на оказание соответствующей медицинской помощи (электронные лицензия и приложения к ней нотариально не заверяются);

1) копии:

удостоверения личности или паспорта (для физического лица);  
устава (в случае, если в уставе не указан состав учредителей, участников или акционеров, также представляются выписка о составе учредителей, участников или нотариально засвидетельствованная копия учредительного договора или выписка из реестра держателей акций);

свидетельства об аккредитации в сфере здравоохранения (при его наличии);

3) сведения о квалификации кадров, заверенные подписью первого руководителя и скрепленные печатью потенциального поставщика согласно [приложению 4](#) к настоящему стандарту государственной услуги (при наличии свидетельства об аккредитации данные сведения не представляются);

4) доверенность лицу (-ам), представляющему (-им) интересы потенциального поставщика на право подачи, подписания заявки на участие и в заседаниях комиссии.

Потенциальный поставщик, претендующий, на оказание ГОБМП, представляет заявку на участие согласно [приложению 5](#) к настоящему стандарту государственной услуги с приложением следующих документов: нотариально засвидетельствованные копии:

свидетельства или справки о государственной регистрации (перерегистрации) юридического лица (электронная версия справки нотариально не заверяется);

документа, предоставляющего право на осуществление предпринимательской деятельности без образования юридического лица, выданного соответствующим государственным органом (для физического лица);

договора доверительного управления (при наличии);

лицензий на занятие медицинской деятельностью и приложений к ним, подтверждающих право на оказание соответствующих медицинских услуг на указанной заказчиком территории (электронные лицензия и приложения к ней нотариально не заверяются);

лицензий на фармацевтическую деятельность и приложения к ней (электронные лицензия и приложения к ней нотариально не заверяются);

2) копии:

удостоверения личности или паспорта (для физического лица); устава (в случае, если в уставе не указан состав учредителей, участников или акционеров, также представляются выписка о составе учредителей, участников или нотариально засвидетельствованная копия учредительного договора или выписка из реестра держателей акций);

свидетельства об аккредитации в сфере здравоохранения (при его наличии);

заключения, выданного уполномоченным органом о его соответствии требованиям к оказанию медицинской помощи по перечню технологий высокоспециализированной медицинской помощи (далее – ВСМП), указанных в его заявке на участие;

3) гарантийное обязательство с приложением информации, подтверждающей наличие у него запаса материальных ресурсов на срок не менее одного месяца по лекарственным средствам и изделиям медицинского назначения, по продуктам питания для оказания услуг со дня определения его поставщиком до получения оплаты, предусмотренной условиями договора согласно приложению 6 к настоящему стандарту государственной услуги;

гарантийное письмо о соответствии его положению (положениям) о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих соответствующую медицинскую помощь, утвержденному (утвержденным) уполномоченным органом, при заключении договора на весь период его действия (при наличии свидетельства об аккредитации в области здравоохранения гарантийное письмо не представляется);

информация о кредиторской задолженности на текущий период;

сведения о квалификации кадров по форме согласно приложению 4 к настоящему стандарту государственной услуги (при наличии свидетельства об аккредитации данные сведения не представляются);

оказанные за последние три года и на заявленный период (в случае, если период оказания им медицинской помощи в рамках ГОБМП составляет менее трех лет) сведения о видах и формах медицинской помощи в рамках ГОБМП, в том числе перечень технологий ВСМП согласно приложению 7 к настоящему

стандарту государственной услуги, количестве профильных коек (для субъектов здравоохранения, оказывающих стационарную и стационарозамещающую помощь) согласно [приложению 8](#) к настоящему стандарту государственной услуги, наличию медицинской техники, в том числе приобретенной на условиях финансового лизинга согласно [приложению 9](#) к настоящему стандарту государственной услуги;

договор намерения в соответствии с [приложением 10](#) к настоящему стандарту государственной услуги на отсутствующие виды/подвиды медицинской деятельности, указанные в заявке на участие;

предварительный договор на оказание услуг ГОБМП онкологическим больным между всеми онкологическими диспансерами в соответствии с гражданским законодательством Республики Казахстан;

4) доверенность лицу(-ам), представляющему (-им) его интересы на право подачи, подписания заявки на участие и в заседаниях комиссии.

Услугополучатель, не являющийся резидентом Республики Казахстан, представляет те же документы, что и услугополучатель, являющийся резидентом Республики Казахстан, либо аналогичные.

10. Заявка на участие согласно [приложению 3](#) к настоящему стандарту государственной услуги представляется услугополучателем до истечения окончательного срока представления заявок на участие, указанного услугодателем в объявлении о проведении процедуры определения потенциальных поставщиков для участия в кампании свободного прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим ПМСП.

Заявка на участие согласно [приложению 4](#) к настоящему стандарту государственной услуги представляется услугополучателем в течение пяти рабочих дней со дня размещения услугодателем объявления об осуществлении процедуры выбора поставщика.

Заявка на участие представляется в прошитом виде с пронумерованными страницами без исправлений и помарок. При этом последняя страница заявки заверяется подписью первого руководителя и скрепляется печатью.

11. При подаче услугополучателем всех необходимых документов услугодателю нарочно подтверждением принятия заявки является регистрация секретарем комиссии в журнале регистрации заявок.

При приеме документов через ЦОН услугополучателю выдается расписка о приеме соответствующих документов.

12. Услугодатель осуществляет выдачу услугополучателю (либо его представителю по нотариально заверенной доверенности) результата оказания государственной услуги в течение одного месяца после окончания срока оказания государственной услуги. По истечении указанного срока выдача результата оказания государственной услуги осуществляется по запросу услугополучателя.

В ЦОНе выдача услугополучателю результата оказания государственной услуги осуществляется на основании расписки, при предъявлении удостоверения личности услугополучателя (либо его представителя по нотариально заверенной доверенности).

ЦОН обеспечивает хранение результата оказания государственной услуги в течение одного месяца, после чего передает услугодателя для дальнейшего хранения. При обращении услугополучателя в ЦОН по истечении одного месяца со дня выдачи указанного в расписке за результатом оказания государственной услуги, по запросу ЦОНа услугодатель в течение одного рабочего дня направляет результат оказания государственной услуги в ЦОН для выдачи ю.

13. В случае предоставления услугополучателем неполного пакета документов согласно перечню, предусмотренному пунктом 9 настоящего стандарта государственной услуги, работник ЦОНа отказывает в приеме заявки на участие и выдает расписку об отказе в приеме документов по форме согласно приложению 11 к настоящему стандарту государственной услуги.

### **3. Порядок обжалования решений, действий (бездействия) услугодателя и (или) его должностных лиц по вопросам оказания государственной услуги**

14. Обжалование решений, действий (бездействия) услугодателя и (или) его должностных лиц по вопросам оказания государственных услуг: жалоба подается на имя руководителя услугодателя, соответствующего местного исполнительного органа, указанного в пункте 13 настоящего стандарта государственной услуги или Министерства, по адресу: 010000, г. Астана, улица Орынбор, 8, Дом Министерств, подъезд № 5.

Жалобы принимаются в письменной форме по почте либо нарочно через услугодателя, канцелярию соответствующего местного исполнительного органа или Министерства.

Подтверждением принятия жалобы услугодателем, в канцелярии соответствующего местного исполнительного органа или Министерства, является ее регистрация (штамп, входящий номер и дата регистрации проставляются на втором экземпляре жалобы или в сопроводительном письме к жалобе).

В случае некорректного обслуживания работником ЦОНа, жалоба подается на имя руководителя ЦОНа.

Подтверждением принятия жалобы в ЦОН, поступившей как нарочно, так и почтой, является ее регистрация (штамп, входящий номер и дата регистрации проставляются на втором экземпляре жалобы или сопроводительном письме к жалобе).

При обращении через портал информацию о порядке обжалования можно получить по телефону единого контакт-центра 1414.

При отправке жалобы через портал услугополучателю из «личного кабинета» доступна информация об обращении, которая обновляется в ходе обработки обращения услугодателем (отметки о доставке, регистрации, исполнении, ответ о рассмотрении или отказе в рассмотрении).

В жалобе услугополучателя:

1) физического лица – указываются его фамилия, имя, отчество (при его наличии), почтовый адрес;

2) юридического лица – его наименование, почтовый адрес, исходящий номер и дата.

Жалоба услугополучателя, поступившая в адрес услугодателя, соответствующего местного исполнительного органа, Министерства или ЦОНа, подлежит рассмотрению в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня ее регистрации.

Мотивированный ответ о результатах рассмотрения жалобы направляется услугополучателю посредством почтовой связи либо выдается нарочно в помещении услугодателя, в канцелярии соответствующего местного исполнительного органа, Министерства или ЦОНа.

В случае несогласия с результатами оказанной государственной услуги услугополучатель может обратиться с жалобой в уполномоченный орган по оценке и контролю за качеством оказания государственных услуг.

Жалоба услугополучателя, поступившая в адрес уполномоченного органа по оценке и контролю за качеством оказания государственных услуг, подлежит рассмотрению в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня ее регистрации.

12. В случаях несогласия с результатами оказанной государственной услуги услугополучатель имеет право обратиться в суд в установленном законодательством Республики Казахстан порядке.

#### **4. Иные требования с учетом особенностей оказания государственной услуги**

13. Адреса мест оказания государственной услуги размещены: на интернет-ресурсе:

Министерства – [www.mzsr.gov.kz](http://www.mzsr.gov.kz);

Управлений здравоохранения областей, городов Астаны и Алматы;

ЦОНа – [www.con.gov.kz](http://www.con.gov.kz).

на стендах в помещениях услугодателя.

14. Услугополучатель имеет возможность получения информации о порядке и статусе оказания государственной услуги в режиме удаленного доступа посредством «личного кабинета» портала, а также единого контакт-центра по вопросам оказания государственных услуг.

15. Контактные телефоны справочных служб по вопросам оказания государственной услуги размещены на интернет-ресурсе Министерства, соответствующего местного исполнительного органа. Единый контакт-центр по вопросам оказания государственных услуг: 1414.



«Определение соответствия (несоответствия)  
потенциального поставщика услуг гарантированного объема бесплатной  
медицинской помощи предъявляемым требованиям»

Выписка из протокола  
о соответствии (несоответствии) требованиям, предъявляемым к  
потенциальному поставщику, для участия в кампании свободного  
прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов  
к субъектам здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную  
помощь\*

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

Комиссия, созданная приказом \_\_\_\_\_  
(наименование заказчика)  
от \_\_\_\_\_ 20\_\_ года № \_\_\_\_\_  
(название приказа)

по результатам рассмотрения заявки на участие в процедуре определения  
потенциальных поставщиков для участия в кампании свободного прикрепления  
граждан Республики Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения,  
оказывающим первичную медико-санитарную помощь, на \_\_\_\_\_ год  
путем открытого голосования РЕШИЛА:

\_\_\_\_\_ (наименование потенциального поставщика)  
соответствует (не соответствует) предъявляемым требованиям и допущен (не  
допущен) к участию кампании свободного прикрепления граждан Республики  
Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим ПМСП.

Руководитель услугодателя \_\_\_\_\_  
подпись, фамилия, имя, отчество (при его наличии)

МП

«Определение соответствия (несоответствия)  
потенциального поставщика услуг гарантированного объема бесплатной  
медицинской помощи предъявляемым требованиям»

Выписка из протокола  
о соответствии (несоответствии) требованиям,  
предъявляемым к потенциальному поставщику

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

Комиссия, созданная приказом \_\_\_\_\_  
(наименование заказчика)  
от \_\_\_\_\_ 20\_\_ года № \_\_\_\_\_  
(название приказа)

по результатам рассмотрения заявки на участие в процедуре выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи путем открытого голосования РЕШИЛА:

\_\_\_\_\_ (наименование потенциального поставщика)  
соответствует (не соответствует) предъявляемым требованиям и допущен (не допущен) к участию в процедуре размещения гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на \_\_\_\_\_ год.

Руководитель услугодателя \_\_\_\_\_  
подпись, фамилия, имя, отчество (при его наличии)

МП

«Определение соответствия (несоответствия)  
потенциального поставщика услуг гарантированного объема бесплатной  
медицинской помощи предъявляемым требованиям»

**Заявка**

на участие в процедуре определения потенциальных поставщиков для участия в кампании свободного прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь (далее – ПМСП)

1. Сведения о юридическом (физическом) лице, претендующем на участие в процедуре определения потенциальных поставщиков для участия в кампании свободного прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим ПМСП (далее – потенциальный поставщик ПМСП):

юридический, почтовый адрес и контактные телефоны потенциального поставщика ПМСП; банковские реквизиты потенциального поставщика ПМСП (ИИН, БИН, ИИК), а также полное наименование и адрес банка или его филиала в котором потенциальный поставщик ПМСП обслуживается; фамилия, имя, отчество (при его наличии) первого руководителя потенциального поставщика ПМСП.

2.

\_\_\_\_\_ (наименование потенциального поставщика)  
настоящей заявкой выражает желание принять участие в процедуре определения потенциальных поставщиков для участия в кампании свободного прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим ПМСП в качестве потенциального поставщика в соответствии с требованиями и условиями, предусмотренными [Правилами](#) выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и возмещения его затрат.

3. Настоящей заявкой подтверждает отсутствие нарушений требований, предъявляемых к потенциальному поставщику и достоверность представленных сведений.

Приложение:

\_\_\_\_\_  
(наименование документа с указанием количества листов)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) первого руководителя потенциального поставщика и его подпись)

М.П.

Дата заполнения \_\_\_\_\_

Приложение 4  
к стандарту государственной услуги  
«Определение соответствия (несоответствия)»

потенциального поставщика услуг гарантированного объема бесплатной медицинской помощи предъявляемым требованиям»

Сведения о квалификации кадров \*

(наименование потенциального поставщика)

№ п / п	фамилия, имя, отчество (при его наличии).	Занимаемая должность	Образование (№ диплома, наименование учебного заведения и год окончания)	Стаж по специальности	Сертификат специалиста с (без) присвоением квалификационной категории (№ и дата выдачи)	Документ о повышении квалификации за последние 5 лет (при его наличии)	Документ о наличии ученой степени, звания (при его наличии)	Приказ о приеме на работу (№, дата)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Примечание:

\*при наличии свидетельства об аккредитации данные сведения не представляются.

Руководитель \_\_\_\_\_  
(подпись, фамилия, имя, отчество (при его наличии))  
М.П.

Приложение 5  
к стандарту государственной услуги  
«Определение соответствия (несоответствия)

потенциального поставщика услуг гарантированного объема бесплатной медицинской помощи предъявляемым требованиям»

Заказчику \_\_\_\_\_  
(наименование заказчика)

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

### Заявка

на участие в процедуре выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи

1. Сведения о юридическом (физическом) лице, претендующем на участие в процедуре выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – потенциальный поставщик):

юридический, почтовый адрес и контактные телефоны потенциального поставщика;

банковские реквизиты потенциального поставщика (ИИН, БИН, ИИК), а также полное наименование и адрес банка или его филиала, в котором потенциальный поставщик обслуживается;  
фамилия, имя, отчество (при его наличии) первого руководителя потенциального поставщика.

2. Заявляет на следующий (-ие) вид (-ы) медицинской помощи:

\_\_\_\_\_, по форме (-ам) медицинской помощи: \_\_\_\_\_,  
в том числе по следующим технологиям ВСМП \_\_\_\_\_.

3. \* Настоящей заявкой подтверждает привлечение субподрядчика (-ов)

\_\_\_\_\_  
(наименование субподрядчика )  
для оказания следующего (-их) вида (-ов) услуг: \_\_\_\_\_.  
(виды услуг)

4. \_\_\_\_\_  
(наименование потенциального поставщика)

настоящей заявкой выражает желание принять участие в процедуре выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи в качестве потенциального поставщика в соответствии с требованиями и условиями, предусмотренными [Правилами](#) выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и возмещения его затрат.

5. \* Настоящей заявкой подтверждает отсутствие у субподрядчика нарушений требований, предъявляемых к субподрядчику и достоверность представленных сведений на последнего.

6. Настоящей заявкой подтверждает отсутствие нарушений требований,

предъявляемых к потенциальному поставщику и достоверность представленных сведений.

Приложение:

\_\_\_\_\_.  
(наименование документа с указанием количества листов)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) первого  
руководителя потенциального поставщика и его подпись)  
М.П.

Дата заполнения \_\_\_\_\_

Примечание:

\* заполняется в случае привлечения субподрядчика (-ов).

потенциального поставщика услуг гарантированного объема бесплатной  
медицинской помощи предъявляемым требованиям»

Гарантийное обязательство

(наименование потенциального поставщика)

гарантирует наличие запаса лекарственных средств, изделий медицинского назначения и продуктов питания на срок не менее одного месяца для обеспечения бесперебойного осуществления медицинской помощи с приложением следующей информации:

1. Информация о запасах лекарственных средств;
2. Информация о запасах изделий медицинского назначения;
3. Информация о запасах продуктов питания.

1. Информация о запасах лекарственных средств

№ п/п	Наименование лекарственного средства	Единица измерения	Количество	Сумма, тенге
1	2	3	4	5

2. Информация о запасах изделий медицинского назначения

№ п/п	Наименование изделий медицинского назначения	Единица измерения	Количество	Сумма, тенге
1	2	3	4	5

3. Информация о запасах продуктов питания

№ п/п	Наименование продуктов питания	Единица измерения	Количество	Сумма, тенге
1	2	3	4	5



--	--	--	--	--

В случае аутсорсинга прилагаются копии заключенных договоров.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) первого руководителя  
потенциального поставщика и его подпись)  
М.П..



							медицинской помощи по перечню технологий

Примечание:

\* заполняется в случае заявки на оказание технологий ВСМП;

\*\* если период оказания потенциальным поставщиком медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи составляет менее трех лет, сведения представляются за иной период.

\*\*\* в случае изменения перечня технологий ВСМП в пределах суммы договора в период действия договора поставщик предоставляет заказчику заключение, выданное в порядке, определяемом уполномоченным органом.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) первого  
руководителя потенциального поставщика и его подпись)  
М.П.

потенциального поставщика услуг гарантированного объема бесплатной  
медицинской помощи предъявляемым требованиям»

---

(наименование потенциального поставщика)

Сведения

о коечном фонде потенциального поставщика, оказывающего стационарную и стационарозамещающую помощь в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи за последние 3 года\* и на планируемый \_\_\_ период

№ п/п	Наименование профиля койки	Число коек			
		20__ год	20__ год	20__ год	20__ год
1	2	3	4	5	6
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)

М.П.

потенциального поставщика услуг гарантированного объема бесплатной  
медицинской помощи предъявляемым требованиям»

---

(наименование потенциального поставщика)

Сведения  
о наличии медицинской техники

№ п/п	Наименование медицинской техники	В том числе приобретенная на условиях финансового лизинга (да/нет)	Год выпуска	Количество
1	2	3	4	5

---

(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) первого  
руководителя потенциального поставщика и его подпись)

М.П.

Приложение 10  
к стандарту государственной услуги  
«Определение соответствия (несоответствия)

потенциального поставщика услуг гарантированного объема бесплатной  
медицинской помощи предъявляемым требованиям»

## Договор

о намерениях на оказание консультативно-диагностических услуг  
гарантированного объема бесплатной медицинской помощи

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

\_\_\_\_\_, в лице \_\_\_\_\_,  
(наименование субъекта здравоохранения) (должность, фамилия, имя,  
отчество (при его наличии)  
действующего на основании \_\_\_\_\_  
(Устава, Положения, удостоверения личности или доверенности (№, дата  
выдачи, кем выдано, срок действия ) и т.д.)  
и находящегося по адресу: \_\_\_\_\_, именуемый (-ое,-ая)  
(местонахождение субъекта здравоохранения)  
в дальнейшем «Сторона 1» и \_\_\_\_\_,  
(наименование субъекта здравоохранения)  
в лице \_\_\_\_\_, действующего на основании  
(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)

\_\_\_\_\_  
(Устава, Положения, удостоверения личности или доверенности  
(№, дата выдачи, кем выдано, срок действия) и т.д.)  
и находящегося по адресу: \_\_\_\_\_, именуемый (-ое,-ая)  
(местонахождение субъекта здравоохранения)  
в дальнейшем «Сторона 2», совместно именуемые в дальнейшем «Стороны» в  
соответствии с Гражданским кодексом Республики Казахстан заключили  
настоящий договор о нижеследующем:

1. В рамках настоящего договора Сторона 2 обязуется на договорной основе  
предоставлять Стороне 1 консультативно-диагностические услуги  
гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП) в  
соответствии с лицензиями и приложениями к ней Стороны 2 на следующие  
подвиды медицинской деятельности \_\_\_\_\_  
(согласно Закону Республики Казахстан «О разрешениях и уведомлениях»)  
на территории \_\_\_\_\_  
(место оказания услуги: село, поселок, сельский округ, район в  
городе, город, район, область)  
в случае заключения договора на оказание ГОБМП Стороной 1 с

\_\_\_\_\_  
(наименование заказчика – управление здравоохранения области, городов  
Астаны и Алматы)

в соответствии с постановлением Правительства Республики Казахстан от 25 октября 2012 года № 1358 «Об утверждении Правил выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и возмещения его затрат».

2. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до заключения договора об оказании услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.

3. Настоящий договор может быть прекращен досрочно по соглашению Сторон.

4. Адреса, реквизиты, подписи и печати Сторон

потенциального поставщика услуг гарантированного объема бесплатной  
медицинской помощи предъявляемым требованиям»

Расписка  
об отказе в приеме документов

Руководствуясь подпунктом 2 статьи 20 Закона Республики Казахстан от 15 апреля 2013 года «О государственных услугах», отдел №\_\_ филиала РГП «Центр обслуживания населения» (указать адрес) отказывает в приеме документов на оказание государственной услуги (указать наименование государственной услуги в соответствии со стандартом государственной услуги) ввиду представления Вами неполного пакета документов согласно перечню, предусмотренному стандартом государственной услуги, а именно:

Наименование отсутствующих документов:

- 1) \_\_\_\_\_;
- 2) \_\_\_\_\_;
- 3) ....

Настоящая расписка составлена в 2 экз., по одному для каждой стороны.

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

Исп. фамилия, имя, отчество (при его наличии) \_\_\_\_\_

Тел. \_\_\_\_\_

Получил:

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

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_