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