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

 потенциального поставщика услуг

 гарантированного объема бесплатной медицинской помощи предъявляемым

 требованиям»

Форма

Сведения о видах и формах медицинской помощи
    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   (наименование потенциального поставщика)

1. Сведения о количестве прикрепленного населения к организации ПМСП за последние 3 года\*:

|  |
| --- |
| Объемы медицинской помощи |
| 20\_\_\_ год | 20\_\_\_ год | 20\_\_\_ год |
| количество | сумма (в тенге) | количество | сумма (в тенге) | количество | сумма (в тенге) |
|  |  |  |  |  |  |

    Примечание:
\* указывается потенциальным поставщиком при наличии прикрепленного населения.

Если период оказания потенциальным поставщиком медицинской помощи составляет менее трех лет, сведения представляются за иной период.

1. Сведения о количестве оказанных КДУ услуг за последние 3 года\* и заявленные на период \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Код услуги | Наименование услуги | Количество оказанных услуг | Заявка на 20\_\_\_год |
| 20\_\_\_ год | 20\_\_\_ год | 20\_\_\_ год |
|  |  |  |  |  |  |  |

Примечание:
\* указывается потенциальным поставщиком.

Если период оказания потенциальным поставщиком медицинской помощи составляет менее трех лет, сведения представляются за иной период.

1. Сведения о перечне высокотехнологичных медицинских услуг\* (далее–ВТМУ), оказанных за последние 3 года\*\* и заявленные на период \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи \*\*\*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Код по МКБ 9 | Наименование технологииВТМУ | Объем услуг по технологиям ВТМУ | № и дата заключения на соответствие его требованиям к оказанию медицинской помощи по перечню технологий на заявленный период |
| 20\_\_\_ год | 20\_\_\_ год | 20\_\_\_ год | Заявка на 20\_\_\_ год |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

     Примечание:
      \* заполняется в случае заявки потенциальным поставщиком на оказание технологий ВТМУ;
      \*\* если период оказания потенциальным поставщиком медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи составляет менее трех лет, сведения представляются за фактический период оказания услуг ВТМУ.
      \*\*\* в случае изменения перечня технологий ВТМУ в пределах суммы договора в период действия договора поставщик предоставляет заказчику заключение, выданное в порядке, определяемом уполномоченным органом.

1. Сведения об объеме услуг амбулаторного программного гемодиализа за последние 3 года\* и заявленные на период \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи

|  |
| --- |
| Объемы медицинской помощи |
| 20\_\_\_ год | 20\_\_\_ год | 20\_\_\_ год | Заявка на 20\_\_\_год |
| Количество больных | Количество сеансов | сумма(в тенге) | Количество больных | Количество сеансов | сумма(в тенге) | Количество больных | Количествосеансов | сумма(в тенге) | Количество больных | Количество сеансов | сумма(в тенге) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 Примечание:
\* если период оказания потенциальным поставщиком медицинской помощи составляет менее трех лет, сведения представляются за иной период.

1. Сведения о специализированной медицинской помощи за последние 3 года\* и заявленные на период \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   Виды медицинской помощи | Формы медицинской помощи | Объемы медицинской помощи |
| 20\_\_\_ год | 20\_\_\_ год | 20\_\_\_ год | Заявкана 20\_ год |
| Количество коек | Количество пролеченных случаев | Сумма(в тенге) | Количество коек | Количество пролеченных случаев | Сумма(в тенге) | Количество коек | Количество пролеченных случаев | Сумма(в тенге) | Количество коек | Количество пролеченных случаев | Сумма(в тенге) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 Примечание:
\* если период оказания потенциальным поставщиком медицинской помощи составляет менее трех лет, сведения представляются за иной период.

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

 (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) руководителя

 потенциального поставщика, подпись)

Место печати (при наличии)