Приложение 10

  к приказу Министра

 здравоохранения

 и социального развития

 Республики Казахстан

 от «27» января 2016 года

 № «55»

**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) Некоммерческое акционерное общество «Государственная корпорация «Правительство для граждан» (далее – Государственная корпорация).

**2. Порядок оказания государственной услуги**

4. Срок оказания государственной услуги:

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

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

При обращении в Государственную корпорацию день приема документов не входит в срок оказания государственной услуги.

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.

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) Государственной корпорации - с понедельника по субботу включительно, в соответствии графиком работы с 9.00 часов до 20.00 часов, без перерыва на обед, за исключением воскресенья 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 Государственную корпорацию:

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](http://adilet/rus/docs/P1200001358%22%20%5Cl%20%22z113) 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](http://adilet/rus/docs/P080001325_%22%20%5Cl%20%22z8), 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. копий:

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](http://adilet/rus/docs/P1200001358%22%20%5Cl%20%22z118) 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](http://adilet/rus/docs/P080001325_%22%20%5Cl%20%22z8), 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);

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](http://adilet/rus/docs/P1200001358%22%20%5Cl%20%22z164) 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](http://adilet/rus/docs/P1200001358%22%20%5Cl%20%22z118) 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](http://adilet/rus/docs/P1200001358%22%20%5Cl%20%22z171) к настоящему стандарту государственной услуги, наличии медицинской техники, в том числе приобретенной на условиях финансового лизинга согласно приложению [9](http://adilet/rus/docs/P1200001358%22%20%5Cl%20%22z171) к настоящему стандарту государственной услуги;

договор намерения в соответствии с приложением [10](http://adilet/rus/docs/P1200001358%22%20%5Cl%20%22z171) 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](http://adilet/rus/docs/P1200001358%22%20%5Cl%20%22z113) 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](http://adilet/rus/docs/P1200001358%22%20%5Cl%20%22z113) 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 Государственную корпорацию 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 Государственной корпорации выдача услугополучателю результата оказания государственной услуги осуществляется на основании расписки, при предъявлении удостоверения личности услугополучателя (либо его представителя по нотариально заверенной доверенности).

Государственная корпорация обеспечивает хранение результата оказания государственной услуги в течение одного месяца, после чего передает услугодателю для дальнейшего хранения. При обращении услугополучателя в Государственную корпорацию по истечении одного месяца со дня выдачи указанного в расписке за результатом оказания государственной услуги, по запросу Государственной корпорации услугодатель в течение одного рабочего дня направляет результат оказания государственной услуги в Государственную корпорацию для выдачи.

13. В случае предоставления услугополучателем неполного пакета документов согласно перечню, предусмотренному пунктом 9 настоящего стандарта государственной услуги, работник Государственной корпорации 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 Государственной корпорации, жалоба подается на имя руководителя Государственной корпорации.

Подтверждением принятия жалобы в Государственную корпорацию, 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 Государственной корпорации, 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 Государственной корпорации.

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.

15. 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**

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

 Министерства –www.mzsr.gov.kz;

Уравлений здравоохранения областей, городов Астаны и Алматы;

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

на стендах в помещениях услугодателя.

17.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.

18. 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.

Приложение 1

к стандарту государственной услуги

«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

Приложение 2

к стандарту государственной услуги

«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

Приложение 3

к стандарту государственной услуги

«Определение соответствия (несоответствия)

 потенциального поставщика услуг гарантированного объема бесплатной медицинской помощи предъявляемым требованиям»

### Заявка на участие в процедуре определения потенциальных поставщиков дляучастия в кампании свободного прикрепления граждан РеспубликиКазахстан 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](http://adilet/rus/docs/P1200001358#z6) 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). | Занимаемаядолжность | Образование(№ диплома,наименованиеучебногозаведенияи годокончания) | Стаж поспециальности | Сертификатспециалиста с(без) присвоениемквалификационнойкатегории(№ и дата выдачи) | Документ оповышенииквалификации запоследние5 лет(при егоналичии) | Документо наличииученойстепени,звания(при егоналичии) | Приказ оприеме наработу(№, 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)

### Заявкана участие в процедуре выбора поставщика услуг по оказаниюгарантированного 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](http://adilet/rus/docs/P1200001358#z6) 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).

Приложение 6
к стандарту государственной услуги

«Определение соответствия (несоответствия)

 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..

Приложение 7
к стандарту государственной услуги

«Определение соответствия (несоответствия)

 потенциального поставщика услуг гарантированного объема бесплатной медицинской помощи предъявляемым требованиям»

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

 Сведения о видах и формах
медицинской помощи, оказанных в рамках гарантированного
 объема бесплатной медицинской помощи за последние 3 года\*
и заявленные на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(период)

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

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

 Сведения о перечне технологий \*
 высокоспециализированной медицинской помощи (далее – ВСМП),
оказанных в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской
помощи за последние 3 года\*\* и заявленные на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*\*\*
                                               (период)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Код по МКБ 9 | НаименованиетехнологииВСМП | Количество технологии ВСМП | № и дата заключения на соответствие его требованиям к оказанию медицинской помощи по перечню технологий |
| 20\_\_\_ год | 20\_\_\_ год | 20\_\_\_ год | Заявкана 20\_\_\_ год |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

      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.

Приложение 8
к стандарту государственной услуги

«Определение соответствия (несоответствия)

 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.

 Приложение 9
к стандарту государственной услуги

«Определение соответствия (несоответствия)

 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

Приложение 11
к стандарту государственной услуги

«Определение соответствия (несоответствия)

 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 Государственной корпорации (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 услугополучателя/

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

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