Приложение 2
к Правилам осуществления сервисного обслуживания
медицинской техники в Республике Казахстан

Форма

# АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

**№ договора** **от** **« 16 »сентябрь 2021 г.**

| Код инженера: | | Номер и дата подачи заявки | | **Время прибытия** | **Время убытия** | **Затраченное время** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

| | |
|---|---|
| Организация здравоохранения: **КГП "Костанайский обл.онкол.диспансер** | Город: **Костанй** |
| Отделение: | Адрес: **С.Кубеева 2** |

| **Медицинская техника:** | | | Серийный номер: | Дата монтажа медицинской техники: |
|---|---|---|---|---|
| *Гарантийное* ☐ | *Пост-гарантийное* ☐ | *Стороннее* ☐ | | |

| **Выполненные работы** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Диагностика ☐ | Ремонт ☐ | Модернизация ☐ | ПТО* ☐ | Демонтаж ☐ | Обучение ☐ |

| **Затраченные материалы при ремонте медицинской техники:** | | | |
|---|---|---|---|
| Наименование материала | Единица измерения | Количество | Общая стоимость (тенге) |
| | | | |

| **Типы неисправностей** | | |
|---|---|---|
| Ошибка программы ☐ | Техническая неисправность ☐ | Механическая неисправность ☐ |

| **Виды ремонта** | |
|---|---|
| Гарантийный ремонт ☐ | Негарантийный ремонт ☐ |

**Комментарии/техническое заключение:__Выполнено плановое техническое обслуживание согласно регламента завода-изготовителя. В прошлый приезд на техобслуживание я писал что, необходимо убрать 25 А черный автомат находящийся в процедурной где стоит маммограф над силовым ящиком Филипс на стене и соединить на прямую (не выполнено). Также не решён вопрос с охлаждением кулера маммографа. Нужно установить более мощный кондиционер в маленькой комнате. Также необходимо рассмотреть возможность установки стабилизатора 3 фазного 15-20 кВт на маммограф.**

**Прием-передача медицинской техники**

Услуги на территории заказчика ☐ Услуги в условиях сервисного центра ☐

| | |
|---|---|
| **Медицинскую технику сдал:**_____ (ФИО (при его наличии) представителя организации здравоохранения) **Дата:** «___»_____201_ г. **Подпись**_____ | **Медицинскую технику принял:**_____ (ФИО (при его наличии) представителя поставщика услуг) **Дата:** «___»_____201_ г. **Подпись**_____ |
| **Медицинскую технику сдал:**_____ (ФИО (при его наличии) представителя поставщика услуг **Дата:** «___»_____201_ г. **Подпись**_____ | **Медицинскую технику принял:**_____ (ФИО (при его наличии) представителя организации здравоохранения) **Дата:** «___»_____201_ г. **Подпись**_____ |

| **Представитель организации здравоохранения:** | **Представитель поставщика услуг** |
|---|---|
| (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) | (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) |
| «_____»_____201_ г | «16» сентябрь 2021 г. |
| М.П. | М.П. |