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

Форма

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ договора **от**

« 6 » декабрь 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:						
Гарантийное ☐	*Пост-гарантийное* ☐		*Стороннее* ☐		Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
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.

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: _____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) _____ « _____ » _____201_ г. М.П.	**Представитель поставщика услуг** _____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) _____ « 6 » декабрь 2021 г. М.П.