АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

Договор № 166 от 13.03.2024 **«____» 03 202 5 г.**

Код инженера		Номер и дата подачи заявки		Время прибытия	Время убытия	Затраченное время

Организация здравоохранения: ММЦ	Населенный пункт: Астана
Отделение:	Адрес: Манаса 17

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Пост-гарантийное* ☑ *Прочее* ☐		
отсасыватель Лаидси Чиуис Китай	00049, 00032	
	00033, 00097	
	00009	

Выполненные работы

Диагностика	Ремонт	Монтаж	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	☐ Не гарантийный ремонт

Комментарии и техническое заключение: Проведен осмотр аппаратов.
1. Проведена проверка на механические повреждения
2. Проверка работоспособности.
Аппарат 00037 поврежден пластиковая кружка
Осмотр. Необходимо заменить. Остальное исправен

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ☐ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____ 202_ г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____ 202_ г. Подпись_____
Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____ 202_ г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____ 202_ г. Подпись_____

Представитель организации здравоохранения:	Представитель поставщика услуг
_____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии))	Чалов (должность) (Ф.И.О. (при его наличии))
«___» _____ 202_ г.	«___» 03 2025 г.
М.П.	М.П.

Представитель: _____

Телефон: _____

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ Договора 166 от 13.03.2025 «20» 03 2025г.

Код инженера		Номер и дата подачи заявки		Время прибытия	Время убытия	Затраченное время

Организация здравоохранения: КГП а ПХВ «Многопрофильный медицинский центр»	Населённый пункт: Астана
Отделение: реанимация	**Адрес: Манаса 17** /А1, 7

Медицинская техника: *Гарантийное* ☐ *Постгарантийное* ☒ *Прочее*	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Монитор Primo i5 ORD1521	027, 029, 037, 043, 044, 046, 056, 057, 055, 061.	

Выполненные работы

Диагностика	Ремонт	Монтаж	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	Не гарантийный ремонт

Комментарии и техническое заключение: Проведено ПТО и диагностика
Действия инженера
1. Проведена проверка на механические повреждения
2. Проверена манжета, пульсоксиметр и температурный датчик
После проведенных проверок аппарат не выдал ни одной ошибок. Аппарат исправен.

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ☑ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____
Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____

Представитель организации здравоохранения: _____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «___» _____202_ г. М.П.	Представитель поставщика услуг Инженер (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «20» 03 2025 г. М.П.

Представитель: от м/с Ахмеров А.Н.

Телефон: _____

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ Договора 166 от 13.03.2025 «_____» _____202__г.

Код инженера		Номер и дата подачи заявки		Время прибытия	Время убытия	Затраченное время

Организация здравоохранения: КГП на ПХВ «Многопрофильный медицинский центр»	Населённый пункт: Астана
Отделение: реанимация	**Адрес: Манаса 17**

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Постгарантийное* ☒ *Прочее*		
Монитор Ordamed PRIMO i5	ORDI521049	
	ORDI521054	
	ORDI521026	

Выполненные работы

Диагностика	Ремонт	Монтаж	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	☐ Не гарантийный ремонт

Комментарии и техническое заключение: Проведена диагностика и плановый осмотр аппаратов.

Проведенные действия со стороны инженера

1. Проверена манжета аппарата путем мерки давления на инженере
2. Проверен температурный датчик на инженере
3. Проверен пульсоксиметр на инженере

Итоги. После проведенных манипуляций у монитора с серийным номером ORDI521054 выявилась проблема с частью для проверки давления пациента в то же время во втором аппарате (ORDI521049) проблем не было обнаружено, давление, пульс и температура были оптимальны, и он исправен. Аппарат ORDI521054 необходимо провести более глубокую диагностику в офисе.

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ☐ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____
Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____

Представитель организации здравоохранения: _____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «___» _____202_ г. М.П.	Представитель поставщика услуг Чалас (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «18» 03 2025 г. М.П

Представитель: Сагадиев П.

Телефон: сб ерС

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ Договора 166 от 13.03.2025 «____» _____202__г.

Код инженера		Номер и дата подачи заявки		Время прибытия	Время убытия	Затраченное время

Организация здравоохранения: КГП на ПХВ «Многопрофильный медицинский центр»	Населённый пункт: Астана
Отделение: реанимация	**Адрес: Манаса 17**

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Постгарантийное* ☒ *Прочее*		
Монитор Ordamed PRIMO i5	511028, 511063,	
ORDI	511053, 511050, 511042	
	511025, 511039, 511058	

Выполненные работы

Диагностика	Ремонт	Монтаж	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	Не гарантийный ремонт

Комментарии и техническое заключение: Проведен ПТО и диагностика аппарата, 521028 необходима более детальная диагностика и ремонт по причине того, что манжета не накачивается воздухом для измерения давления. 521063 и 521039 необходима замена пульсоксиметра. Помимо вышеперечисленных аппарат остальные работают исправно. Данным аппаратам необходима замена расходных материалов

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ☐ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____
Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____

Представитель организации здравоохранения: _____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «___» _____202_ г. М.П.	Представитель поставщика услуг Главный _____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «19» 03 202_ г. М.П

Представитель: от имени Сапрыгеева П.

Телефон: 7777

ASTANA SERVICE UNIT NUMBER 164 REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

Договор № 166 от 13.05.2025 «26» 03 2025 г.

Код инженера		Номер и дата подачи заявки		Время прибытия	Время убытия	Затраченное время

Организация здравоохранения: КГП на ПХВ „ММСУ"

Населенный пункт: г. Астана

Отделение: реанимация

Адрес:

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ Пост-гарантийное ☑ Прочее ☐		
Монитор TRITON MPR6-03 112	175, 159, 165	
	089, 160, 168	
	174.	

Выполненные работы

Диагностика	Ремонт	Монтаж	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	Не гарантийный ремонт
☐	☐

Комментарии и техническое заключение: Проведен ПТО аппаратов, аппараты находятся на складе реанимации в неразграниченном состоянии и не могу не использовались. Необходимы расходные материалы (пульсоксиметры)

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ☐ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____ 202_ г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____ 202_ г. Подпись_____
Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____ 202_ г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____ 202_ г. Подпись_____

Представитель организации здравоохранения:	Представитель поставщика услуг:
_____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «___» _____ 202_ г. М.П.	Инженер (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «26» 03 2025 г. М.П.

Представитель: сл мед Сагадиев

Телефон: _____

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

Договор 166 от 13 03 2025 «26» 03 2025 г.

Код инженера		Номер и дата подачи заявки		Время прибытия	Время убытия	Затраченное время

Организация здравоохранения: КГП на ПХВ «ММУ»	Населенный пункт: г.Астана
Отделение: Операционная	Адрес:

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ Пост-гарантийное ☑ Прочее ☐		
Монитор TRITON MPR6-03	092, 094, 170	
112	088, 176, 086	
	101	

Выполненные работы

Диагностика	Ремонт	Монтаж	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	Не гарантийный ремонт
☐	

Комментарии и техническое заключение: Проведена диагностика и ПТО аппаратов.
1. Проверен внешний осмотр аппаратов.
2. Проверено состояние расходников
3. Проверено ПО.
итог: аппарат № 112086 не включается, предположительно проблема с батареей необходимо более детальная диагностика. Остальные аппараты исправны.

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ☐ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____ 202_ г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____ 202_ г. Подпись_____
Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____ 202_ г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____ 202_ г. Подпись_____

Представитель организации здравоохранения:	Представитель поставщика услуг
_____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «___» _____ 202_ г. М.П.	Инженер (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «26» 03 2025 г. М.П.

Представитель: Инженер Сапиев Д.Р.

Телефон: _____

ASTANA SERVICE UNIT NUMBER # 5-1 REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ Договора 166 от 13.03.2025 «_____» _____202__г.

Код инженера		Номер и дата подачи заявки		Время прибытия	Время убытия	Затраченное время

Организация здравоохранения: КГП на ПХВ «Многопрофильный медицинский центр»	Населённый пункт: Астана
Отделение: реанимация	**Адрес: Манаса 17**

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Постгарантийное* ☒ *Прочее*		
Монитор TRITON МПР6-03	112029, 112031,	
	112165, 112090,	
	112093, 112162	

Выполненные работы

Диагностика	Ремонт	Монтаж	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	☐ Не гарантийный ремонт

Комментарии и техническое заключение: Проведена диагностика и плановый осмотр аппаратов.

Проведенные действия со стороны инженера

1. Проверена манжета аппарата путем мерки давления на инженере
2. Проверен температурный датчик на инженере
3. Проверен пульсоксиметр на инженере

Итоги. После проведенных манипуляций проблем не было обнаружено, давление, пульс и температура были оптимальны. Аппараты исправны Необходимо расходные материалы

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ☐ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____
Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____

Представитель организации здравоохранения:	Представитель поставщика услуг
_____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии))	Чагаев (должность) (Ф.И.О. (при его наличии))
«___» _____202_ г.	«18» _____202_ г.
М.П.	М.П

Представитель: _____

Телефон: _____

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ Договора 166 от 13.03.2025 «____» _____202__г.

Код инженера		Номер и дата подачи заявки		Время прибытия	Время убытия	Затраченное время

Организация здравоохранения: КГП на ПХВ «Многопрофильный медицинский центр»	Населённый пункт: Астана
Отделение: реанимация	**Адрес: Манаса 17**

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Постгарантийное* ☒ *Прочее*		
Монитор TRITON MIP6-03	113172	
	112087	

Выполненные работы

Диагностика	Ремонт	Монтаж	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	Не гарантийный ремонт

Комментарии и техническое заключение: Проведен ПТО и диагностика аппаратов

Проведенные действия со стороны инженера

1. Проверка работы пульсоксиметра
2. Проверка работы измерения давления пациента
3. Проверка температурного датчика

После данных манипуляций аппарат 113172 исправен и не имеет технических неполадок

Аппарата 112087 после попытки включения данный аппарата не включился, необходима более детальная

Диагностика для установления причины неисправности

Прие-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ☐ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____
Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____

Представитель организации здравоохранения: _____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «___» _____202_ М.П.	Представитель поставщика услуг _____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «19» 03 _____2025 г. М.П.

Представитель: _____

Телефон: _____

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ Договора 166 от 13.03.2025 «20» 03 202_ г.

Код инженера		Номер и дата подачи заявки		Время прибытия	Время убытия	Затраченное время

Организация здравоохранения: КП а ПХВ «Многопрофильный медицинский центр»	Населённый пункт: Астана
Отделение: реанимация	**Адрес: Манаса 17** /А1, 7.

Медицинская техника: *Гарантийное* ☐ *Постгарантийное* ☒ *Прочее*	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Монитор TRITON MPR6-03.	112045, 112047	
	112056.	

Выполненные работы

Диагностика	Ремонт	Монтаж	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	Не гарантийный ремонт

Комментарии и техническое заключение: Проведено ПТО и диагностика аппаратов.
1. Проверка расходных материалов. (манжета, пульсоксиметр, температурный датчик)
2. Проведен визуальный осмотр на механические повреждения на аппарате с серийным номером. 112056 необходима замена пульсоксиметра. А по остальным НВ было обнаружен технических ошибок. Аппараты исправны.

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ☑ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____
Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____

Представитель организации здравоохранения: _____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «___» _____202_ г. М.П.	Представитель поставщика услуг: Сервис (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «20» 03 202_ г. М.П

Представитель: ст. м/к Дюсенова А.

Телефон: _____

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ Договора 166 от 13.03.2025 «_____» _____202__г.

Код инженера		Номер и дата подачи заявки		Время прибытия	Время убытия	Затраченное время

Организация здравоохранения: КГП на ПХВ «Многопрофильный медицинский центр»	Населённый пункт: Астана
Отделение: реанимация	**Адрес: Манаса 17**

Медицинская техника: *Гарантийное* ☐ *Постгарантийное* ☒ *Прочее*	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Помпа Aitecs, модель SP-12S Pro	A2R211487, A2R211312,	
	A2R211302, A2R211389,	
	A2R211337, A2R211464,	
	A2R211394, A2R211313,	
	A2R211476, A2R211315,	

Выполненные работы

Диагностика	Ремонт	Монтаж	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	☐ Не гарантийный ремонт

Комментарии и техническое заключение: Проведена диагностика и плановый осмотр аппаратов.

Проведенные действия со стороны инженера

1. Проверен внешнее состояние дозатора
2. Проведена проверка механических составляющих
3. Проведена проверка двигающихся частей для фиксации шприца

Итоги. После проведенных манипуляций проблем единственный дозатор с механической неисправностью A2R211315 необходим забор данного дозатора для исправления неисправности у остальных не было обнаружено, состояние оптимально. Аппараты исправны и готовы к эксплуатации.

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ☐ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____
Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____

Представитель организации здравоохранения:	Представитель поставщика услуг
_____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «___» _____202_ г. М.П.	Чокаев _____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «18» 06 202 г. М.П

Представитель: _____

Телефон: _____

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ Договора 166 от 13.03.2025 «_____» _____202__г.

Код инженера		Номер и дата подачи заявки		Время прибытия	Время убытия	Затраченное время

Организация здравоохранения: КГП на ПХВ «Многопрофильный медицинский центр»	Населённый пункт: Астана
Отделение: реанимация	**Адрес: Манаса 17**

Медицинская техника: *Гарантийное* ☐ *Постгарантийное* ☒ *Прочее*	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Помпа Aitecs, модель SP-12S Pro	A2R211470, A2R211469,	
	A2R211406, A2R211509,	
	A2R211364, A2R211464,	
	A2R211362, A2R211301,	
	A2R211478, A2R211514,	
	A2R200665, A2R211466	

Выполненные работы

Диагностика	Ремонт	Монтаж	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	☐ Не гарантийный ремонт

Комментарии и техническое заключение: Проведена диагностика и плановый осмотр аппаратов.

Проведенные действия со стороны инженера

1. Проверен внешнее состояние дозатора
2. Проведена проверка механических составляющих
3. Проведена проверка двигающихся частей для фиксации шприца

Итоги. После проведенных манипуляций проблем не было обнаружено, состояние оптимально.

Аппараты исправны и готовы к эксплуатации

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ☐ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____
Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____

Представитель организации здравоохранения:	Представитель поставщика услуг
_____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «___» _____202_ г. М.П.	Ахмет _____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «18» 09 202_ г. М.П.

Представитель: _____

Телефон: _____

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ Договора 166 от 13.03.2025 «____» _____202__г.

Код инженера		Номер и дата подачи заявки		Время прибытия	Время убытия	Затраченное время

Организация здравоохранения: КГП а ПХВ «Многопрофильный медицинский центр»	Населённый пункт: Астана
Отделение: реанимация	Адрес: Манаса 17

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Постгарантийное* ☒ *Прочее*		
Помпа Aitecs модель SP-12S Pro A2R211	395, 390, 511	
	392, 479, 314	
	371, 391, 468	
	393, 467, 496	

Выполненные работы

Диагностика	Ремонт	Монтаж	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	Не гарантийный ремонт

Комментарии и техническое заключение: Проведена ПТО и диагностика.
1 проверена на механические повреждения
2 Проверены двигающиеся части.
3 Проверено работа с помощью ПО
Итоги: S/n A2R211395 / 390 / 511 / 314 имеют механические повреждения. Необходим ремонт. Остальные дозатора исправны.

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ☐ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____
Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____

Представитель организации здравоохранения: _____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «____» _____202_ г. М.П.	Представитель поставщика услуг: Главный (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «19» _____202_ г. М.П

Представитель: Ст мед сестра

Телефон:

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ Договора 166 от 13.03.2025 «20» 03 2025 г.

Код инженера		Номер и дата подачи заявки		Время прибытия	Время убытия	Затраченное время

Организация здравоохранения: КГП а ПХВ «Многопрофильный медицинский центр» г. ГИЦ	Населённый пункт: Астана
Отделение: реанимация детской полиомиелитной палаты	Адрес: А1, 7

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ Постгарантийное ☒ Прочее		
Шприцевой дозатор Mindray, Китай	SK 00716220	—//—
	SK 00716149	
	SK 00716177	

Выполненные работы

Диагностика	Ремонт	Монтаж	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	Не гарантийный ремонт

Комментарии и техническое заключение: Проведен ПТО и диагностика аппаратов.
1. Проведена проверка механических частей
2. Проверена проведена система ПО аппаратов.
После манипуляции аппараты не выдали технических ошибок. Аппараты исправны

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ☑ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____
Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____

Представитель организации здравоохранения: _____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «___» _____ 202_ г. М.П	Представитель поставщика услуг _____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «20» 03 2025 г. М.П

Представитель: _____

Телефон: _____

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ Договора 166 от 13.03.2025 «20» 05 2025г.

Код инженера		Номер и дата подачи заявки		Время прибытия	Время убытия	Затраченное время

Организация здравоохранения: КГП а ПХВ «Многопрофильный медицинский центр»	Населённый пункт: Астана
Отделение: реанимация	Адрес: Манаса 17

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Постгарантийное* ☒ *Прочее*		
Инфузомат Mindray 5k	90803703, 91104680	
	90803704, 91104696	
	90803738, 91104665	
	90803722, 90803688	
	90803682, 90803772	

Выполненные работы

Диагностика	Ремонт	Монтаж	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	Не гарантийный ремонт

Комментарии и техническое заключение: Проведен ПТО и диагностика.
1. Проверка на механические повреждения.
2. Проверка внутренних узлов
3. Проверка ПО.
итог. Аппарат исправен.

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ☐ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____
Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____

Представитель организации здравоохранения: _____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «___» _____202_ г. М.П.	Представитель поставщика услуг: Инженер (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «20» 05 2025 г. М.П

Представитель: ст мс

Телефон:

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ Договора 166 от 13.03.2025 «20» 03 2025 г.

Код инженера		Номер и дата подачи заявки		Время прибытия	Время убытия	Затраченное время

Организация здравоохранения: КГП а ПХВ «Многопрофильный медицинский центр»	Населённый пункт: Астана
Отделение: реанимация	Адрес: Манаса 17 /Ал, 7

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Постгарантийное* ☒ *Прочее*		
Инфузомат Mindray SK	91104662, 90803735	— // —
	91104679, 91104695	
	91104672, 91104670	
	908 03 347, 91104657	
	908 03 698, 90803 693	

Выполненные работы

Диагностика	Ремонт	Монтаж	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	Не гарантийный ремонт

Комментарии и техническое заключение: Проведено ПТО и диагностика аппаратов
1. Проведен внешний осмотр на механические повреждения
2. Проведена проверка внутренних узлов
3. Проведена проверка ПО
итог: Аппарат за время проверки не выдали технических ошибок. Аппарат исправен.

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ☑ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____
Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____

Представитель организации здравоохранения:	Представитель поставщика услуг
(должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «___» _____202_ г. М.П.	(должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «20» 03 2025 г. М.П

Представитель: _____

Телефон: _____

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

Договор №166 от 13.03.2025 «26» 03 2025 г.

Код инженера		Номер и дата подачи заявки		Время прибытия	Время убытия	Затраченное время

Организация здравоохранения: КРП на ПХВ «ММЦ»	Населенный пункт: Астана
Отделение: реанимация	Адрес:

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ Пост-гарантийное ☑ Прочее ☐		
Hamilton T1	8902.	

Выполненные работы

Диагностика	Ремонт	Монтаж	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	Не гарантийный ремонт

Комментарии и техническое заключение: Проведен диагностика и ПТО
1. Выполнено проверка внешних и внутренних узлов.
2. Проверено ПО аппарата.
итог: 1. Неисправен touch screen (сенсор экран)
2. Нужна замена ячейки O_2
3. Одна из двух батарей необходимо заменить ресурс (0%)

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ☐ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____
Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____

Представитель организации здравоохранения: _____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «___» _____202_ г. М.П.	Представитель поставщика услуг: инж. 6 (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «26» 03 2025 г. М.П.

Представитель: сл м/с Сагаидак

Телефон: _____

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

Договор № 166 от 13.03.2025 «26» 03 2025 г.

Код инженера		Номер и дата подачи заявки		Время прибытия	Время убытия	Затраченное время

Организация здравоохранения: КГП на ПХВ „ММЦ"	Населенный пункт: Астана
Отделение: Операционная	Адрес:

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ Пост-гарантийное ☑ Прочее ☐		
доктор Вгаш 027	365, 356, 367, 340	
	364, 370, 368, 362	
028	262, 255	

Выполненные работы

Диагностика	Ремонт	Монтаж	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	☐ Не гарантийный ремонт

Комментарии и техническое заключение: Проведена диагностика и плановый осмотр
1. Проверка на механические повреждения
2. Проверка ПО
Все работы исправны

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ☐ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____
Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____

Представитель организации здравоохранения: _____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «___» _____202_ г. М.П.	Представитель поставщика услуг: Инженер (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «26» 03 2025 г. М.П.

Представитель: с/с Сапаров Р.

Телефон: _____

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ Договора 166 от 13.03.2025 «10» 03 202 5 г.

Код инженера		Номер и дата подачи заявки		Время прибытия	Время убытия	Затраченное время

Организация здравоохранения: КГП а ПХВ «Многопрофильный медицинский центр»	Населённый пункт: Астана
Отделение: реанимация	**Адрес: Манаса 17**

Медицинская техника: *Гарантийное* ☐ *Постгарантийное* ☒ *Прочее*	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Монитор nGenurity 8100E CRITICARE	419008230	
	419008338	
	12100 97 15	
	12100 97 17	
	12100 97 34	

Выполненные работы

Диагностика	Ремонт	Монтаж	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	Не гарантийный ремонт

Комментарии и техническое заключение: Проведен первичный осмотр и диагностика. Аппараты включаются но навсех необходимы расходные материалы. На данный момент аппарат не выдает данных для проверки без расходных материалов. Но на данный момент аппараты не имеют механических повреждений и включаются нормально.

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ☐ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____
Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____

Представитель организации здравоохранения:	Представитель поставщика услуг:
(должность) (Ф.И.О. (при его наличии))	(должность) (Ф.И.О. (при его наличии))
«___» _____202_ г. М.П.	«10» 03 202 г. М.П.

Представитель: ст мед сестра

Телефон:

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ Договора 166 от 13.03.2025 «20» 03 2025 г.

Код инженера		Номер и дата подачи заявки		Время прибытия	Время убытия	Затраченное время

Организация здравоохранения: КГП а ПХВ «Многопрофильный медицинский центр»	Населённый пункт: Астана
Отделение: реанимация	Адрес:

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Постгарантийное* ☒ *Прочее*		
Дозатор шприцевой Braun, Германия	028293	
	028254	
	028274	
	027372	

Выполненные работы

Диагностика	Ремонт	Монтаж	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	Не гарантийный ремонт

Комментарии и техническое заключение: Проведена первичная диагностика. Аппараты неисправны: имеют механические повреждения. Для внесения и исправления необходима детальная диагностика. Аппараты неисправны.

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ☐ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____
Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____

Представитель организации здравоохранения: _____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «___» _____202_ г. М.П.	Представитель поставщика услуг: Инженер _____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «20» 03 2025 г. М.П

Представитель: Сергеева

Телефон: _____

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ Договора 166 от 13.03.2025 «20» 03 2025 г.

Код инженера		Номер и дата подачи заявки		Время прибытия	Время убытия	Затраченное время

Организация здравоохранения: КГП а ПХВ «Многопрофильный медицинский центр»	Населённый пункт: Астана
Отделение: реанимация	Адрес: Манаса 17 / А1, 7

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Постгарантийное* ☒ *Прочее*		
ИВЛ Hamilton C3	3874	

Выполненные работы

Диагностика	Ремонт	Монтаж	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	Не гарантийный ремонт

Комментарии и техническое заключение: Проведена ПТО и диагностика аппарата
1. Калибровка внешнего датчика потока и герметичность
2. Ячейка O_2
3. В сервисном режиме проверено состояние турбины итоги: Необходима замена ячейки O_2 из-за того что данная ячейка не калибруется
4. Ресурс турбины исчерпана на 93%.

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ☑ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____
Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____

Представитель организации здравоохранения: _____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «___» _____202_ г. М.П.	Представитель поставщика услуг Инженер (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «20» 03 2025 г. М.П.

Представитель: Ф. И/с Алиев А.

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№Договора 166 от 13.03.2025 «_____» _____20__ г.

Код инженера	Чагаев	Номер и дата подачи заявки		Время прибытия	Время убытия	Затраченное время

Организация здравоохранения: КГП на ПХВ «Многопрофильный медицинский центр»	**Населённый пункт:Астана**
Отделение: реанимация	Адрес: Манаса 17

Медицинская техника:	**Серийный номер:**	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Пост-гарантийное* ■ *Прочее* ☐		
Виброакустический аппарат "BARK VibroLung"	A188, A190, A195,	
	A050, A074	

Выполненные работы

Диагностика	Ремонт	Монтаж	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	Не гарантийный ремонт ☐

Комментарии и техническое заключение: Произведен внешний осмотр. Проверка изоляции кабелей и соединений на наличие повреждений и обрывов. Проверка функционирования основных и вспомогательных узлов и защитных устройств. Аппараты исправны и готовы к эксплуатации.

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ☐ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____
Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____

Представитель организации здравоохранения: _____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «___» _____202_ г. М.П.	Представитель поставщика услуг Чагаев (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «18» _____202_ г. М.П

Представитель: От имени Сагандыкова Н.

Телефон: _____

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ Договора 166 от 13.03.2025 «_____» _____202__г.

Код инженера		Номер и дата подачи заявки		Время прибытия	Время убытия	Затраченное время

Организация здравоохранения: КГП на ПХВ «Многопрофильный медицинский центр»	Населённый пункт: Астана	
Отделение: реанимация	**Адрес: Манаса 17**	
Медицинская техника: *Гарантийное* ☐ *Постгарантийное* ☒ *Прочее*	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
ИВЛ Hamilton C3	3869, 3723, 3853	

Выполненные работы

Диагностика	Ремонт	Монтаж	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	☐ Не гарантийный ремонт

Комментарии и техническое заключение: Проведена диагностика и плановый осмотр аппаратов.

Проведенные действия со стороны инженера

1. Калибровка датчика потока, ячейки O2 и проверка на герметичности.
2. Проверка аппарата в режиме VSV.
3. Проверен срок ячейки O2. (Исправны)
4. Проверен состояние тележки и колес.

Итоги. На аппарате с серийным номером 3853 неисправен touchscreen аппарата, необходима более глубокая диагностика для исправления ошибки. Помимо данного замечания аппараты исправны и готовы к эксплуатации.

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ☐ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____
Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____

Представитель организации здравоохранения: _____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «_____» _____202_ г. М.П.	Представитель поставщика услуг Чалаев (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «18» 03 2025 г. М.П.

Представитель: со стороны Сагарнева Н

Телефон: _____

ASTANA SERVICE UNIT NUMBER # 5-1 REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ Договора 166 от 13.03.2025 «_____» _____202__г.

Код инженера		Номер и дата подачи заявки		Время прибытия	Время убытия	Затраченное время

Организация здравоохранения: КГП на ПХВ «Многопрофильный медицинский центр»	Населённый пункт: Астана
Отделение: реанимация	**Адрес: Манаса 17**

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Постгарантийное* ☒ *Прочее*		
ИВЛ Hamilton T1	5761, 8889, 8890	
	8903, 8637	

Выполненные работы

Диагностика	Ремонт	Монтаж	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	☐ Не гарантийный ремонт

Комментарии и техническое заключение: Проведена диагностика и плановый осмотр аппаратов.

Проведенные действия со стороны инженера

1. Калибровка датчика потока, ячейки О2 и проверка на герметичности.
2. Проверка аппарата в режиме VSV.
3. Проверен срок ячейки О2. (Исправны)
4. Проверен состояние тележки и колес.

Итоги. На аппарате с серийным номером 8637 необходима замена внешнего датчика потока. Помимо данного замечания аппараты исправны и готовы к эксплуатации

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ☐ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____
Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____

Представитель организации здравоохранения:	Представитель поставщика услуг
_____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «___» _____202_ г. М.П.	Чагаев _____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «18» _____202_ г. М.П

Представитель: от сер. Сандыбаев

Телефон: _____

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ Договора 166 от 13.03.2025 «_____» _____202__г.

Код инженера		Номер и дата подачи заявки		Время прибытия	Время убытия	Затраченное время

Организация здравоохранения: КГП на ПХВ «Многопрофильный медицинский центр»	Населённый пункт: Астана
Отделение: реанимация	**Адрес: Манаса 17**

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Постгарантийное* ☒ *Прочее*		
ИВЛ Hamilton G5	20777, 20784, 20776	

Выполненные работы

Диагностика	Ремонт	Монтаж	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	☐ Не гарантийный ремонт

Комментарии и техническое заключение: Проведена диагностика и плановый осмотр аппаратов.

Проведенные действия со стороны инженера

1. Калибровка датчика потока, ячейки О2 и проверка на герметичности.
2. Проверка компрессоров аппаратов.
3. Проверка аппарата в режиме VSV.

Итоги. Необходима замена ячеек О2 на всех аппарата Hamilton G5.

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ☐ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____
Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____

Представитель организации здравоохранения:	Представитель поставщика услуг:
_____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «___» _____ 202_ г. М.П.	Чалаев _____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «18» _____ 2025 г. М.П

Представитель: ст мед сестра Сагарнева Н

Телефон: Усеев

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ Договора 166 от 13.03.2025 «____» _____202__г.

Код инженера		Номер и дата подачи заявки		Время прибытия	Время убытия	Затраченное время

Организация здравоохранения: КГП а ПХВ «Многопрофильный медицинский центр»	Населённый пункт: Астана
Отделение: реанимация	**Адрес: Манаса 17**

Медицинская техника: *Гарантийное* ☐ *Постгарантийное* ☒ *Прочее*	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
ИВЛ Hamilton C3	3761, 3755	
	3873, 3870	

Выполненные работы

Диагностика	Ремонт	Монтаж	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	Не гарантийный ремонт

Комментарии и техническое заключение: Проверена диагностика аппаратов
1 Калибровка датчика потока и герметичности
2 ячейка O_2
3 Прогон в режиме VCV
После данных манипуляций аппараты на момент технических неисправностей аппараты исправны

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ☐ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____
Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____

Представитель организации здравоохранения: _____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «___» _____202_ г. М.П.	Представитель поставщика услуг: _____ (должность) (Ф.И.О (при его наличии)) «19» 03 2025 г. М.П.

Представитель: от имени [illegible]

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ Договора 166 от 13.03.2025 «____» _____202__г.

Код инженера		Номер и дата подачи заявки		Время прибытия	Время убытия	Затраченное время

Организация здравоохранения: КГП а ПХВ «Многопрофильный медицинский центр»	Населённый пункт: Астана
Отделение: реанимация	Адрес: Манаса 17

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Постгарантийное* ☒ *Прочее*		
ИВЛ Hamilton T1	8539, 8904	

Выполненные работы

Диагностика	Ремонт	Монтаж	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	Не гарантийный ремонт

Комментарии и техническое заключение: Проведен ПТО и диагностика
1 Калибровка датчика потока и герметичность
2 Замена О "кольца
3 Прогон в режиме VCV
после данных манипуляции аппарат не показали неисправностей Аппарат исправен

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ☐ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____
Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____202_ г. Подпись_____

Представитель организации здравоохранения: _____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «___» _____202_ г. М.П.	Представитель поставщика услуг: Инж (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «19» 05 2025 г. М.П.

Представитель: Инженер Сергей Сергеевич

Телефон: