АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

Договор № *№71 от 23.04.2025г.* «*13*» *май* 202*5* г.

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

Организация здравоохранения: *Мангистауская МОБ*	Населенный пункт: *г. Актау*
Отделение: *Опер блок / Реанимация*	Адрес: *26 мкр – 54*

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ Пост-гарантийное ☐ Прочее ☑		
Наркозный аппарат Venar в комплекте	*c21ts05036*	*—*
	c21ts05003	
	c21ts05004 / k21ts05007	
	c21ts05037	

Выполненные работы

Диагностика	Ремонт	Монтаж	Модернизация	ПТО	Демонтаж	Обучение
☑	☑	☐	☐	☑	☐	☐

Затраченные материалы при ремонте медицинской техники:

Наименование материала	Единица измерения	Количество	Общая стоимость (тенге)
Замена рем комплекта APL клапана	*шт.*	*1*	*—*

Типы неисправностей

Ошибка программы ☐	Техническая неисправность ☐	Механическая неисправность ☑

Виды ремонта

☐ Гарантийный ремонт	☐ Не гарантийный ремонт

Комментарии и техническое заключение: *Проведено плановое тех. обслуживание, проведена диагностика, настройка и замена расходных материалов. Согласно ТС по договору произведена замена расходных материалов. При диагностики и проверки аппарата с SN c21ts05036 выявлена неисправность датчика давл. P.drab – не проходит тест клапана авто-мануал. из-за отсутст. давл. – заменено модуля датчиков давл. ts Nes 02. На всех аппаратах не исправен модуль газоанализа A-gaz (требуется полная замена)*

c21ts05037 не исправен клапан подачи [illegible] O2.

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)) «*13*» *май* 202*5* г. М.П.

TECH QYZMET service

Ст. м/с Оспанова К.С.

Старший ординатор ОЭОР [illegible]

Ст. инженер по МО Кулманов Д.А.

Представитель: ____________________

Телефон: ____________________