Приложение 50
к приказу Министра финансов
Республики Казахстан
от 20 декабря 2012 года № 562

Форма Р-1

ИИН/БИН

Заказчик **Государственное коммунальное предприятие на праве хозяйственного ведения "Городская поликлиника" при управлении здравоохранения Акмолинской области,020000, Акмолинская область, город Кокшетау, ул. Е.Н.Ауельбекова, д. 94, тел.: 87162251980** — **030640002677**

полное наименование, адрес, данные о средствах связи

Исполнитель **Товарищество с ограниченной ответственностью "MedSK-PV",г.Петропавловск ул.Нурсултана Назарбаева 103 офис 7** — **160640015103**

полное наименование, адрес, данные о средствах связи

Договор (контракт) Договор № 133 от 07.04.2025г.

Номер документа	Дата составления
111	28.05.2025

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ (ОКАЗАННЫХ УСЛУГ)

Номер по порядку	Наименование работ (услуг) (в разрезе их подвидов в соответствии с технической спецификацией, заданием, графиком выполнения работ (услуг) при их наличии)	Дата выполнения работ (оказания услуг)	Сведения об отчете о научных исследованиях, маркетинговых, консультационных и прочих услугах (дата, номер, количество страниц) (при их наличии)	Единица измерения	Выполнено работ (оказано услуг)		
					количество	цена за единицу	стоимость
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Техническое обслуживание и ремонт рентгеновских и флюорографических и КТ		-	Одна услуга	1	889 000,00	889 000,00
				Итого	1	x	889 000,00

Сведения об использовании запасов, полученных от заказчика _____

наименование, количество, стоимость

Приложение: Перечень документации, в том числе отчет(ы) о маркетинговых, научных исследованиях, консультационных и прочих услугах (обязательны при его (их) наличии) на _____ страниц _____

Сдал (Исполнитель) Директор / _____ / Сницаренко З.И.
должность *подпись* *расшифровка подписи*

М.П.

Принял (Заказчик) Зав ОПД / _____ / Нурмагамбетова А.С.
должность *подпись* *расшифровка подписи*

Дата подписания (принятия) работ (услуг) 28.05.2025

М.П.

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

_____

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ договора _____ от _____ "_____" _____ 20___ г.

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

Организация здравоохранения: Городская поликлиника	Город: Кокшетау
Отделение: ОАФ	Адрес:

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники
Гарантийное ☐ *пост-гарантийное* ☐ *стороннее* ☐		
Фибродоскоп Пентаксат 2000	2413700393	

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: Техническое обслуживание. Требуется ремонт рабочей станции лаборанта, ремонт платы сбора сигналов, ремонт платы дисплея, ремонт материнской платы

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ☐ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал:_____ (Ф.И.О. (при его наличии) представителя организации здравоохранения) Дата: "____" _____ 20___ г. Подпись _____	Медицинскую технику принял_____ (Ф.И.О. (при его наличии) представителя поставщика услуг) Дата: "____" _____ 20___ г. Подпись _____
Медицинскую технику сдал:_____ (Ф.И.О. (при его наличии) представителя поставщика услуг Дата: "____" _____ 20___ г. Подпись _____	Медицинскую технику сдал:_____ (Ф.И.О. (при его наличии) представителя организации здравоохранения) Дата: "____" _____ 20___ г. Подпись _____

Представитель организации здравоохранения:	Представитель поставщика услуг:
Ст. К. лаборант Тасбулатова Ж.М. (должность)(Ф.И.О.)	Шульженко В.М. (должность)(Ф.И.О.)
29 "05" 2025 г.	29 "05" 2025 г.
М.П.	М.П.

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

_____

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ договора _____ от _____ "_____" _____ 20___ г.

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

Организация здравоохранения: Городская поликлиника	Город: Караганда
Отделение: ОРО	Адрес: 5

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники
Гарантийное ☐ *пост-гарантийное* ☐ *сторонее* ☐		
VT SUPRIA	241371213 9	

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: Техническое обслуживание

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ☐ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал: _____ (Ф.И.О. (при его наличии) представителя организации здравоохранения) Дата: "____" _____ 20___ г. Подпись _____	Медицинскую технику принял _____ (Ф.И.О. (при его наличии) представителя поставщика услуг) Дата: "____" _____ 20___ г. Подпись _____
Медицинскую технику сдал: _____ (Ф.И.О. (при его наличии) представителя поставщика услуг Дата: "____" _____ 20___ г. Подпись _____	Медицинскую технику сдал: _____ (Ф.И.О. (при его наличии) представителя организации здравоохранения) Дата: "____" _____ 20___ г. Подпись _____

Представитель организации здравоохранения:	Представитель поставщика услуг:
Ст. в. мед. сестра Расписбаева Н.Б. (должность)(Ф.И.О.)	Шульманов В.С. (должность)(Ф.И.О.)
"23" 05 20 25 г.	"23" 05 20 25 г.
М.П.	М.П.

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

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ договора _____ от _____ "_____" _____ 20___ г.

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

Организация здравоохранения: Городская поликлиника	Город: Кокшетау
Отделение: ОРВ	Адрес:
Медицинская техника: *Гарантийное* ☐ *пост-гарантийное* ☐ *сторонее* ☐	Серийный номер: / Дата монтажа медицинской техники
PDK Listem	2413712169

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: Техническое обслуживание

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ☐ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал:_____ (Ф.И.О. (при его наличии) представителя организации здравоохранения) Дата: "____" _____ 20___ г. Подпись _____	Медицинскую технику принял_____ (Ф.И.О. (при его наличии) представителя поставщика услуг) Дата: "____" _____ 20___ г. Подпись _____
Медицинскую технику сдал:_____ (Ф.И.О. (при его наличии) представителя поставщика услуг Дата: "____" _____ 20___ г. Подпись _____	Медицинскую технику сдал:_____ (Ф.И.О. (при его наличии) представителя организации здравоохранения) Дата: "____" _____ 20___ г. Подпись _____

Представитель организации здравоохранения:	Представитель поставщика услуг:
Ст. р-лаб ОРВ Кожемякина Н.А. (должность)(Ф.И.О.)	Шумилин В.А. (должность)(Ф.И.О.)
"29" 05 20 25 г.	"29" 05 20 25 г.
М.П.	М.П.

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

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ договора _____ от _____ "_____" _____ 20___ г.

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

Организация здравоохранения:	Город:
Отделение:	Адрес:

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники
Гарантийное ☐ *пост-гарантийное* ☐ *сторонее* ☐		

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: _____

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ☐ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал:_____ (Ф.И.О. (при его наличии) представителя организации здравоохранения) Дата: "____" _____ 20___ г. Подпись _____	Медицинскую технику принял_____ (Ф.И.О. (при его наличии) представителя поставщика услуг) Дата: "____" _____ 20___ г. Подпись _____
Медицинскую технику сдал:_____ (Ф.И.О. (при его наличии) представителя поставщика услуг Дата: "____" _____ 20___ г. Подпись _____	Медицинскую технику сдал:_____ (Ф.И.О. (при его наличии) представителя организации здравоохранения) Дата: "____" _____ 20___ г. Подпись _____

Представитель организации здравоохранения:	Представитель поставщика услуг:
ст. р. инж. ОАР Кисбаева Н.А. (должность)(Ф.И.О.)	Шинжаев Е.А. (должность)(Ф.И.О.)
"29" 05 20 г.	"29" 05 20 г.
М.П.	М.П.

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

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ договора _____ от _____ "_____" _____ 20___ г.

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

Организация здравоохранения: Городская поликлиника	Город: Караганда
Отделение: ОПВ	Адрес:

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники
Гарантийное ☐ *пост-гарантийное* ☐ *сторонее* ☐		
Рентгенограф "Шелон"	241371 0086	

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: Техническое обслуживание

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ☐ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал:_____ (Ф.И.О. (при его наличии) представителя организации здравоохранения) Дата: "____" _____ 20___ г. Подпись _____	Медицинскую технику принял_____ (Ф.И.О. (при его наличии) представителя поставщика услуг) Дата: "____" _____ 20___ г. Подпись _____
Медицинскую технику сдал:_____ (Ф.И.О. (при его наличии) представителя поставщика услуг Дата: "____" _____ 20___ г. Подпись _____	Медицинскую технику сдал:_____ (Ф.И.О. (при его наличии) представителя организации здравоохранения) Дата: "____" _____ 20___ г. Подпись _____

Представитель организации здравоохранения:	Представитель поставщика услуг:
Гл. инженер ГКБ № 10 Каспибаев Н.Ю. (должность)(Ф.И.О.)	Инженер Шумилов В.А. (должность)(Ф.И.О.)
"29" 05 20 25 г.	"29" 05 20 25 г.
М.П.	М.П.

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

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ договора _____ от _____ "_____" _____ 20___ г.

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

Организация здравоохранения: Городская поликлиника	Город: Костанай
Отделение: ОПВ	Адрес:

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники
Гарантийное ☐ *пост-гарантийное* ☐ *сторонее* ☐		
РВК Меасиу-332	Z.413700313	

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: Техническое обслуживание, калибровка R-трубки

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ☐ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал:_____ (Ф.И.О. (при его наличии) представителя организации здравоохранения) Дата: "____" _____ 20___ г. Подпись _____	Медицинскую технику принял_____ (Ф.И.О. (при его наличии) представителя поставщика услуг) Дата: "____" _____ 20___ г. Подпись _____
Медицинскую технику сдал:_____ (Ф.И.О. (при его наличии) представителя поставщика услуг Дата: "____" _____ 20___ г. Подпись _____	Медицинскую технику сдал:_____ (Ф.И.О. (при его наличии) представителя организации здравоохранения) Дата: "____" _____ 20___ г. Подпись _____

Представитель организации здравоохранения:	Представитель поставщика услуг:
Распибаева Л.М. (должность)(Ф.И.О.)	Шульженко В.А. (должность)(Ф.И.О.)
"23" 05 20 25 г.	"23" 05 20 25 г.
М.П.	М.П.

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

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ договора _____ от _____ "_____" _____ 20___ г.

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

Организация здравоохранения: Городская поликлиника	Город: Кокшетау
Отделение: ОВВ	Адрес:

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники
Гарантийное ☐ *пост-гарантийное* ☐ *сторонее* ☐		
РДК Аргинсалем 5-8	24137102W	

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: Техническое обслуживание, замена подшипника пациента, замена педали

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ☐ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал:_____ (Ф.И.О. (при его наличии) представителя организации здравоохранения) Дата: "____" _____ 20___ г. Подпись _____	Медицинскую технику принял_____ (Ф.И.О. (при его наличии) представителя поставщика услуг) Дата: "____" _____ 20___ г. Подпись _____
Медицинскую технику сдал:_____ (Ф.И.О. (при его наличии) представителя поставщика услуг Дата: "____" _____ 20___ г. Подпись _____	Медицинскую технику сдал:_____ (Ф.И.О. (при его наличии) представителя организации здравоохранения) Дата: "____" _____ 20___ г. Подпись _____

Представитель организации здравоохранения:	Представитель поставщика услуг:
Распсибаева Ж.М. (должность)(Ф.И.О.)	Мельниченко В.И. (должность)(Ф.И.О.)
"10" 05 20 25 г.	"23" 05 20 25 г.
М.П.	М.П.

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

_____

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ договора _____ от _____ "_____" _____ 20___ г.

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

Организация здравоохранения: Городская поликлиника	Город:
Отделение: ОЛВ	Адрес:

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники
Гарантийное ☐ *пост-гарантийное* ☐ *сторонее* ☐		
РДК Предиагностб-8	2413710210	

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: Ремонт блока питания проявочной процессора AGFA 5302 замена микросхем ITNY 28506, ESFR 2100, 74HC14D, 75A2DEM конденсатор 400V 330 uF, транзисторы NFK38, STRS20H100CG

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ☐ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал:_____ (Ф.И.О. (при его наличии) представителя организации здравоохранения) Дата: "____" _____ 20___ г. Подпись _____	Медицинскую технику принял_____ (Ф.И.О. (при его наличии) представителя поставщика услуг) Дата: "____" _____ 20___ г. Подпись _____
Медицинскую технику сдал:_____ (Ф.И.О. (при его наличии) представителя поставщика услуг Дата: "____" _____ 20___ г. Подпись _____	Медицинскую технику сдал:_____ (Ф.И.О. (при его наличии) представителя организации здравоохранения) Дата: "____" _____ 20___ г. Подпись _____

Представитель организации здравоохранения:	Представитель поставщика услуг:
Расулбаева Н.М. (должность)(Ф.И.О.)	Шульмейстер В.М (должность)(Ф.И.О.)
"29" 05 20 25 г.	"29" 05 20 25 г.
М.П.	М.П.

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

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ договора _____ от _____ "_____" _____ 20___ г.

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

Организация здравоохранения: Городская поликлиника	Город: Кокшетау
Отделение: ОПД	Адрес:

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники
Гарантийное ☐ *пост-гарантийное* ☐ *сторонее* ☐		
РДК Артериограф-8	2413710210	

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: Ремонт блока питания Диаграфа AGFA CR30-X замена микросхем MC2844BN, MC33262P, LM339, диодного моста KBU8K транзисторов TL431, конденсатора 105K400

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ☐ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал: _____ (Ф.И.О. (при его наличии) представителя организации здравоохранения) Дата: "____" _____ 20___ г. Подпись _____	Медицинскую технику принял _____ (Ф.И.О. (при его наличии) представителя поставщика услуг) Дата: "____" _____ 20___ г. Подпись _____
Медицинскую технику сдал: _____ (Ф.И.О. (при его наличии) представителя поставщика услуг Дата: "____" _____ 20___ г. Подпись _____	Медицинскую технику сдал: _____ (Ф.И.О. (при его наличии) представителя организации здравоохранения) Дата: "____" _____ 20___ г. Подпись _____

Представитель организации здравоохранения:	Представитель поставщика услуг:
Кастербаева Н.М. (должность)(Ф.И.О.)	Шельменко В.М (должность)(Ф.И.О.)
"14" 06 20 25 г.	"29" 06 20 25 г.
М.П.	М.П.