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

Форма Р-1

		ИИН/БИН
Заказчик	**Коммунальное государственное предприятие на праве хозяйственного ведения "Районная больница района Шал акына" коммунального государственного учреждения "Управление здравоохранения акимата Северо-Казахстанской области",Республика Казахстан, тел.: +77153427386**	**990440000157**
	полное наименование, адрес, данные о средствах связи	
Исполнитель	**Товарищество с ограниченной ответственностью "ОрдаМед Петропавловск",050000, Республика Казахстан, СКО, г.Петропавловск, ул. Брусиловского 1, 8, тел.: +77152500272**	**140340022623**
	полное наименование, адрес, данные о средствах связи	

Договор (контракт) Договор №232 от 03.06.2025 №232 от 03 июня 2025 года

Номер документа	Дата составления
113	**09.06.2025**

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	Услуги по техническому обслуживанию лабораторного/учебно-лабораторного оборудования			Услуга	1	181 700,00	181 700,00
				Итого	1	x	181 700,00

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) Сервисный инженер / _____ / Кочкин М.С.
должность *подпись* *расшифровка подписи*

Принял (Заказчик) _____ / _____ / Исахов К.Я
должность *подпись* *расшифровка подписи*

М.П. Ordamed Petropavlovsk

М.П.

Дата подписания (принятия) работ (услуг) 09.06.2025

Ordamed

ВОЗВРАТНЫЙ ЭКЗЕМПЛЯР

ТОО «ОрдаМед Петропавловск»
Республика Казахстан, 150000
г. Петропавловск, ул. Брусиловского, 1
офис 8

«OrdaMed Petropavlovsk» JŞS
Qazaqstan Respublikasy, 150000
q. Petropavl, Brwsilovskiy köshesi, 1
8 kense

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ №_____

№ договора 232 **от** 03.06.2025 г.

«16» июня **2025 г.**

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

Организация здравоохранения: КГП на ПХВ «Районная больница района Шал акына» КГУ «УЗ акимата СКО»	Город: Сергеевка
Отделение: лаборатория	Адрес: ул. Гончара, дом 119

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Пост-гарантийное* ☑ *Стороннее* ☐		
Гематологический анализатор Swelab Alfa	102052	

Выполненные работы

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

Диагностика и ремонт анализатора. Проведено плановое ТО. Калибровка и калибровка.

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: Оборудование работает исправно.

Рекомендуется заменить впускной соленоидный клапан Diluent.
Рекомендуется подключить анализатор к сети через ИБП со стабилизатором.

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ☑ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал:_____ (ФИО (при его наличии) представителя организации здравоохранения) **Дата:** «___»_____202__ г. **Подпись**_____	**Медицинскую технику принял:**_____ (ФИО (при его наличии) представителя поставщика услуг) **Дата:** «___»_____202__ г. **Подпись**_____
Медицинскую технику сдал:_____ (ФИО (при его наличии) представителя поставщика услуг **Дата:** «___»_____202__ г. **Подпись**_____	**Медицинскую технику принял:**_____ (ФИО (при его наличии) представителя организации здравоохранения) **Дата:** «___»_____202__ г. **Подпись**_____

Представитель организации здравоохранения:	**Представитель поставщика услуг**
и.о. главного Исаков К.А. (должность) (Ф.И.О. (при его наличии))	сервисный инженер Кочин М.С. (должность) (Ф.И.О. (при его наличии))
_____ 2025 г. М.П.	«16» 06 2025 г. М.П.