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
150	26.06.2025

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	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 / _____ / Нурметова А.С.
должность *подпись* *расшифровка подписи*

Дата подписания (принятия) работ (услуг) 26.06.2025

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:
Отделение: ОПО	Адрес:
Медицинская техника:	Серийный номер: / Дата монтажа медицинской техники
Гарантийное ☐ *пост-гарантийное* ☐ *стороннее* ☐	
РАК L157um	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:
Расмибаева Ж.М. (должность)(Ф.И.О.)	Шульженко В.М. (должность)(Ф.И.О.)
_____ "____" _____ 20 ___ г.	_____ "25" 06 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: ОРТВ					Адрес:	
Медицинская техника:					Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники
Гарантийное ☐ *пост-гарантийное* ☐ *сторонее* ☐						
KT SUPRIA					2413212139	

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, чистка фильтров, смазка подшипников двигающихся частей

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 Д.М. (должность)(Ф.И.О.)	Шульженко К.В. (должность)(Ф.И.О.)
_____ "____" _____ 20 ___ г.	ИП "25" 06 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: ОПД	Адрес:

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники
Гарантийное ☐ *пост-гарантийное* ☐ *стороннее* ☐		
Флюорограф Флюорикон	2413712170	

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:
Областной Ф.М. (должность)(Ф.И.О.)	Шульженко В.С. (должность)(Ф.И.О.)
_____ "____" _____ 20 ___ г.	"25" 06 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: ОЛД					Адрес:	
Медицинская техника:					Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники
Гарантийное ☐ *пост-гарантийное* ☐ *стороннее* ☐						
РФК Аудиометр - 8					7413710910	
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, регулировка, чистка, замена расходных материалов, ремонт

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:
Расулбекова Н.М. (должность)(Ф.И.О.)	Шушпанов В.А. (должность)(Ф.И.О.)
_____ "____" _____ 20 ___ г.	ША "25" 06 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: Павлодарская Поликлиника	Город:
Отделение:	Адрес:
Медицинская техника:	Серийный номер: / Дата монтажа медицинской техники
Гарантийное ☐ *пост-гарантийное* ☐ *стороннее* ☐	
Флюорография „Нетис"	24137100 86

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:
Касиева Ф.М. (должность)(Ф.И.О.)	Шумченко В.М. (должность)(Ф.И.О.)
_____ "____" _____ 20 ___ г.	"25" 06 20 21 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: ОАО	Адрес:

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники
Гарантийное ☐ *пост-гарантийное* ☐ *сторонее* ☐		
РЕДК Мелиту-332	2413+00313	

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:
Кастибаких Л.М. (должность)(Ф.И.О.)	Шульженко В.И. (должность)(Ф.И.О.)
_____ "____" _____ 20 ___ г.	"25" 06 20 26 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: ОЛД	Адрес:

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники
Гарантийное ☐ *пост-гарантийное* ☐ *сторонее* ☐		
Проскан 1000	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, чистка рабочей станции лаборатории, проверка ремней

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:
Касымбаева Н.Ж. (должность)(Ф.И.О.)	Шульженко А.А. (должность)(Ф.И.О.)
_____ "____" _____ 20 ___ г.	"26" 06 20 25 г.
М.П.	М.П.