АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ Договора 166 от 13.03.2025г. «30» 06 **2025г.**

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

Организация здравоохранения: ММЦ	Населённый пункт: г. Астана
Отделение: реанимация	Адрес: ул. Манаса, 17

Медицинская техника:		
Гарантийное ☐ *Пост-гарантийное* ☑ *Прочее* ☐	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
ИВЛ HAMILTON G5 (3шт)	20777, 20784, 20776	

Выполненные работы

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

Затраченные материалы при ремонте медицинской техники:

Наименование материала	Единица измерения	Кол-во	Общая стоимость (тенге)

Типы неисправностей

Ошибка программы ☐	Техническая неисправность ☐	Механическая неисправность ☐

Виды ремонта ☐

☐ Гарантийный ремонт	☐ Не гарантийный ремонт

Комментарии и техническое заключение: выполнено плановое техническое обслуживание аппаратов. Произведена замена расходных материалов, калибровка датчиков кислорода. Оборудование работает в штатном режиме.

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ☑ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____2025 г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____2025 г. Подпись_____
Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____2025 г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____2025 г. Подпись_____

Представитель организации здравоохранения: _____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «___» _____2025 г. М.П.	Представитель поставщика услуг инженер (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «30» 06 2025 г. М.П

Представитель: _____

Телефон: _____

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ Договора 166 от 13.03.2025г. «30» 06 2025г.

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

Организация здравоохранения: ММЦ	Населённый пункт: г. Астана
Отделение: реанимация	Адрес: ул. Манаса, 17

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Пост-гарантийное* ☑ *Прочее* ☐		
Шприцевой дозатор Mindray (3шт)	SK00716220	
	SK00716149	
	SK00716177	

Выполненные работы

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

Затраченные материалы при ремонте медицинской техники:

Наименование материала	Единица измерения	Кол-во	Общая стоимость (тенге)

Типы неисправностей

Ошибка программы ☐	Техническая неисправность ☐	Механическая неисправность ☐

Виды ремонта ☐

☐ Гарантийный ремонт	☐ Не гарантийный ремонт

Комментарии и техническое заключение: выполнено плановое техническое обслуживание аппаратов. Выполнена проверка механических частей. Проверка системы ПО аппаратов. Оборудование работает в штатном режиме.

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ☑ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____2025 г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____2025 г. Подпись_____
Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____2025 г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____2025 г. Подпись_____

Представитель организации здравоохранения: _____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «___» _____2025 г. М.П.	Представитель поставщика услуг Инженер (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «30» 06 2025 г. TECH QYZMET service М.П.

Представитель: _____

Телефон: _____

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№Договора 166 от 13.03.2025 «23» 06 **2025 г.**

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

Организация здравоохранения: ММЦ	**Населённый пункт:** Астана
Отделение: реанимация	Адрес: ул. Манаса, 17

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

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:выполнено плановое техническое обслуживание аппаратов.Внешний осмотраппаратов. Проверка изоляции кабелей и соединений на наличие повреждений и обрывов. Проверка функционирования основных и вспо - могательных узлов и защитных устройств. Оборудование работает в штатном режиме.

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ■ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____2025 г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____2025 г. Подпись_____
Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____2025 г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____2025 г. Подпись_____

Представитель организации здравоохранения: _____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «___» _____2025 г. М.П.	Представитель поставщика услуг инженер (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «23» 06 2025 г. М.П

Представитель: _____

Телефон: _____

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ Договора 166 от 13.03.2025г. «27» 06 2025г.

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

Организация здравоохранения: ММЦ	Населённый пункт: г. Астана
Отделение: реанимация	Адрес: ул. Манаса, 17

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Пост-гарантийное* ☑ *Прочее* ☐		
Инфузомат Mindray	90803693, 90803703, 91104696	
	90803738, 91104665, 90803722	
	90803682, 90803773	

Выполненные работы

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

Затраченные материалы при ремонте медицинской техники:

Наименование материала	Единица измерения	Кол-во	Общая стоимость (тенге)

Типы неисправностей

Ошибка программы ☐	Техническая неисправность ☐	Механическая неисправность ☐

Виды ремонта

☐ Гарантийный ремонт	Не гарантийный ремонт

Комментарии и техническое заключение: выполнено плановое техническое обслуживание аппаратов. Выполнена проверка механических частей. Проверка системы ПО аппаратов. Проверка внутренних узлов. Оборудование работает в штатном режиме.

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ☑ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____2025 г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____2025 г. Подпись_____
Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____2025 г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____2025 г. Подпись_____

Представитель организации здравоохранения: _____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «___» _____2025 г. М.П.	Представитель поставщика услуг инженер (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «27» 06 2025 г. М.П

Представитель: _____

Телефон: _____

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ Договора 166 от 13.03.2025г. «26» 06 **2025г.**

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

Организация здравоохранения: ММЦ	Населённый пункт: г. Астана
Отделение: реанимация	Адрес: ул. Манаса, 17

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Пост-гарантийное* ☑ *Прочее* ☐		
Монитор nGENURITY 8100E CRITICARE	419008230, 419008338	
	121009715, 121009717	
	121009734	

Выполненные работы

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

Затраченные материалы при ремонте медицинской техники:

Наименование материала	Единица измерения	Кол-во	Общая стоимость (тенге)

Типы неисправностей

Ошибка программы ☐	Техническая неисправность ☐	Механическая неисправность ☐

Виды ремонта

☐ Гарантийный ремонт	Не гарантийный ремонт

Комментарии и техническое заключение: выполнено плановое техническое обслуживание аппаратов. Выполнена проверка механических частей. Проверка системы ПО аппаратов. Необходима замена расходных материалов. Механические повреждения отсутствуют.

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ☑ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____2025 г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____2025 г. Подпись_____
Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____2025 г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____2025 г. Подпись_____

Представитель организации здравоохранения: _____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «____» _____2025 г. М.П.	Представитель поставщика услуг: инженер _____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «____» _____2025 г. М.П.

Представитель: _____

Телефон: _____

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ Договора 166 от 13.03.2025г. «26» 06 **2025г.**

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

Организация здравоохранения: ММЦ	Населённый пункт: г. Астана
Отделение: реанимация	Адрес: ул. Манаса, 17

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Пост-гарантийное* ☑ *Прочее* ☐		
Отсасыватель Jiangu Yuyue	00049, 00032, 00033	
	00047, 00009	

Выполненные работы

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

Затраченные материалы при ремонте медицинской техники:

Наименование материала	Единица измерения	Кол-во	Общая стоимость (тенге)

Типы неисправностей

Ошибка программы ☐	Техническая неисправность ☐	Механическая неисправность ☐

Виды ремонта ☐

☐ Гарантийный ремонт	Не гарантийный ремонт

Комментарии и техническое заключение: выполнено плановое техническое обслуживание аппаратов. Выполнена проверка механических частей, внешний осмотр аппаратов. Выполнена проверка работоспособности. Оборудование работает в штатном режиме.

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ☑ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____2025 г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____2025 г. Подпись_____
Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____2025 г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____2025 г. Подпись_____

Представитель организации здравоохранения: _____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «____» _____2025 г. М.П.	Представитель поставщика услуг инженер (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «26» 06 2025 г. М.П

Представитель: _____

Телефон: _____

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ Договора 166 от 13.03.2025г. «26» 06 2025г.

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

Организация здравоохранения: ММЦ	Населённый пункт: г. Астана
Отделение: реанимация	Адрес: ул. Манаса, 17

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Пост-гарантийное* ☑ *Прочее* ☐		
Монитор TRITON	112029, 112031, 112165, 112090	
	112093, 112162, 113172	

Выполненные работы

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

Затраченные материалы при ремонте медицинской техники:

Наименование материала	Единица измерения	Кол-во	Общая стоимость (тенге)

Типы неисправностей

Ошибка программы ☐	Техническая неисправность ☐	Механическая неисправность ☐

Виды ремонта

☐ Гарантийный ремонт	Не гарантийный ремонт

Комментарии и техническое заключение: выполнено плановое техническое обслуживание аппаратов. Выполнена проверка механических частей, внешний осмотр аппаратов. Выполнена проверка манжета – замер давления, проверка температурного датчика, проверка пульсоксиметра. Оборудование работает в штатном режиме.

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ☑ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____2025 г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____2025 г. Подпись_____
Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____2025 г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____2025 г. Подпись_____

Представитель организации здравоохранения: _____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «___» _____2025 г. М.П.	Представитель поставщика услуг: инженер (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «26» 06 2025 г. М.П.

Представитель: _____

Телефон: _____

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ Договора 166 от 13.03.2025г. «25» 06 2025г.

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

Организация здравоохранения: ММЦ	Населённый пункт: г. Астана
Отделение: реанимация	Адрес: ул. Манаса, 17

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Пост-гарантийное* ☑ *Прочее* ☐		
Монитор TRITON	112045 ,112047, 112056,175,159	
	165, 089, 160, 168, 174, 092, 094	
	170, 088, 176, 086, 161	

Выполненные работы

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

Затраченные материалы при ремонте медицинской техники:

Наименование материала	Единица измерения	Кол-во	Общая стоимость (тенге)

Типы неисправностей

Ошибка программы ☐	Техническая неисправность ☐	Механическая неисправность ☐

Виды ремонта ☐

☐ Гарантийный ремонт	Не гарантийный ремонт

Комментарии и техническое заключение: выполнено плановое техническое обслуживание аппаратов. Выполнена проверка механических частей, внешний осмотр аппаратов. Выполнена проверка манжета – замер давления, проверка температурного датчика, проверка пульсоксиметра. Оборудование работает в штатном режиме.

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ☑ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____2025 г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____2025 г. Подпись_____
Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____2025 г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____2025 г. Подпись_____

Представитель организации здравоохранения: _____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «___» _____2025 г. М.П.	Представитель поставщика услуг: инженер (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «25» 06 2025 г. М.П

Представитель: _____

Телефон: _____

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ Договора 166 от 13.03.2025г. «25» 06 2025г.

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

Организация здравоохранения: ММЦ	Населённый пункт: г. Астана
Отделение: реанимация	Адрес: ул. Манаса, 17

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Пост-гарантийное* ☑ *Прочее* ☐		
Дозатор шприцевой BBraun 028	293, 274	

Выполненные работы

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

Затраченные материалы при ремонте медицинской техники:

Наименование материала	Единица измерения	Кол-во	Общая стоимость (тенге)

Типы неисправностей

Ошибка программы ☐	Техническая неисправность ☐	Механическая неисправность ☐

Виды ремонта

☐ Гарантийный ремонт	Не гарантийный ремонт

Комментарии и техническое заключение: выполнено плановое техническое обслуживание аппаратов. Выполнена проверка механических частей, внешний осмотр аппаратов, проверка программного обеспечения. Оборудование имеет механические повреждения. Для выявления неисправностей и ремонт необходима детальная диагностика на территории сервисного центра.

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ☑ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____2025 г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____2025 г. Подпись_____
Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____2025 г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____2025 г. Подпись_____

Представитель организации здравоохранения: _____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «___» _____2025 г. М.П.	Представитель поставщика услуг _____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «25» 06 2025 г. М.П.

Представитель: _____

Телефон: _____

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ Договора 166 от 13.03.2025г. «24» 06 2025г.

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

Организация здравоохранения: ММЦ	Населённый пункт: г. Астана
Отделение: реанимация	Адрес: ул. Манаса, 17

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Пост-гарантийное* ☑ *Прочее* ☐		
Монитор Primo i5 ORDI511	063, 053, 050, 058	

Выполненные работы

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

Затраченные материалы при ремонте медицинской техники:

Наименование материала	Единица измерения	Кол-во	Общая стоимость (тенге)

Типы неисправностей

Ошибка программы ☐	Техническая неисправность ☐	Механическая неисправность ☐

Виды ремонта

☐ Гарантийный ремонт	Не гарантийный ремонт

Комментарии и техническое заключение: выполнено плановое техническое обслуживание аппаратов. Выполнена проверка механических частей, внешний осмотр аппаратов. Выполнена проверка манжета – замер давления, проверка температурного датчика, проверка пульсоксиметра. Оборудование работает в штатном режиме.

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ☑ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____2025 г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____2025 г. Подпись_____
Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____2025 г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____2025 г. Подпись_____

Представитель организации здравоохранения: _____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «___» _____2025 г. М.П.	Представитель поставщика услуг: инженер (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «24» 06 2025 г. М.П.

Представитель: _____

Телефон: _____

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ Договора 166 от 13.03.2025г. «24» 06 **2025г.**

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

Организация здравоохранения: ММЦ	Населённый пункт: г. Астана
Отделение: реанимация	Адрес: ул. Манаса, 17

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Пост-гарантийное* ☑ *Прочее* ☐		
Помпа Aitecs, модель SP-12S Pro A2R211	487, 312, 302, 389, 337, 464, 394	
	313, 476, 315, 395, 390, 511, 392	
	479, 314, 371, 391, 468, 393, 467	
	496, 470, 469, 406, 509, 364, 464	
	362, 301, 478, 514, 665, 466	

Выполненные работы

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

Затраченные материалы при ремонте медицинской техники:

Наименование материала	Единица измерения	Кол-во	Общая стоимость (тенге)

Типы неисправностей

Ошибка программы ☐	Техническая неисправность ☐	Механическая неисправность ☐

Виды ремонта ☐

☐ Гарантийный ремонт	Не гарантийный ремонт

Комментарии и техническое заключение: выполнено плановое техническое обслуживание аппаратов. Выполнена проверка механических частей, внешний осмотр аппаратов, проверка программного обеспечения. Оборудование имеет механические повреждения. Для выявления неисправностей и ремонт необходима детальная диагностика на территории сервисного центра.

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ☑ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____2025 г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____2025 г. Подпись_____
Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____2025 г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____2025 г. Подпись_____

Представитель организации здравоохранения: _____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «___» _____2025 г. М.П.	Представитель поставщика услуг инженер (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «24» 06 2025 г. М.П.

Представитель: _____

Телефон: _____

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ Договора 166 от 13.03.2025г. «23» 06 **2025г.**

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

Организация здравоохранения: ММЦ	Населённый пункт: г. Астана
Отделение: реанимация	Адрес: ул. Манаса, 17

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Пост-гарантийное* ☑ *Прочее* ☐		
Инфузомат Mindray	91104662, 90803735, 91104679	
	91104695, 91104672, 91104670	
	90803349, 91104657, 90803698	

Выполненные работы

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

Затраченные материалы при ремонте медицинской техники:

Наименование материала	Единица измерения	Кол-во	Общая стоимость (тенге)

Типы неисправностей

Ошибка программы ☐	Техническая неисправность ☐	Механическая неисправность ☐

Виды ремонта ☐

☐ Гарантийный ремонт	Не гарантийный ремонт

Комментарии и техническое заключение: выполнено плановое техническое обслуживание аппаратов. Выполнена проверка механических частей. Проверка системы ПО аппаратов. Проверка внутренних узлов. Оборудование работает в штатном режиме.

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ☑ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____2025 г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____2025 г. Подпись_____
Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____2025 г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____2025 г. Подпись_____

Представитель организации здравоохранения: _____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «___» _____2025 г. М.П.	Представитель поставщика услуг: инженер (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «23» 06 2025 г. М.П

Представитель: _____

Телефон: _____

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ Договора 166 от 13.03.2025г. «23» 06 2025г.

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

Организация здравоохранения: ММЦ	Населённый пункт: г. Астана
Отделение: реанимация	Адрес: ул. Манаса, 17

Медицинская техника:		
Гарантийное ☐ *Пост-гарантийное* ☑ *Прочее* ☐	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Монитор Primo i5 ORDI521	027, 029, 037, 043, 044, 046, 056	
	057, 059, 061, 049, 054, 026	

Выполненные работы

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

Затраченные материалы при ремонте медицинской техники:

Наименование материала	Единица измерения	Кол-во	Общая стоимость (тенге)

Типы неисправностей

Ошибка программы ☐	Техническая неисправность ☐	Механическая неисправность ☐

Виды ремонта ☐

☐ Гарантийный ремонт	Не гарантийный ремонт

Комментарии и техническое заключение: выполнено плановое техническое обслуживание аппаратов. Выполнена проверка механических частей, внешний осмотр аппаратов. Выполнена проверка манжета – замер давления, проверка температурного датчика, проверка пульсоксиметра. Оборудование работает в штатном режиме.

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ☑ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____2025 г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____2025 г. Подпись_____
Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____2025 г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____2025 г. Подпись_____

Представитель организации здравоохранения: _____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «___» _____2025 г. М.П.	Представитель поставщика услуг инженер _____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «23» 06 2025 г. М.П

Представитель: _____

Телефон: _____

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ Договора 166 от 13.03.2025г. «25» 06 **2025г.**

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

Организация здравоохранения: ММЦ	Населённый пункт: г. Астана
Отделение: реанимация	Адрес: ул. Манаса, 17

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Пост-гарантийное* ☑ *Прочее* ☐		
Дозатор шприцевой BBraun 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	Кол-во	Общая стоимость (тенге)

Типы неисправностей

Ошибка программы ☐	Техническая неисправность ☐	Механическая неисправность ☐

Виды ремонта ☐

☐ Гарантийный ремонт	Не гарантийный ремонт

Комментарии и техническое заключение: выполнено плановое техническое обслуживание аппаратов. Выполнена проверка механических частей, внешний осмотр аппаратов, проверка программного обеспечения. Оборудование работает в штатном режиме.

У аппарата № 027362 сломана материнская плата.

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ☑ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____2025 г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____2025 г. Подпись_____
Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО представителя поставщика услуг) Дата: «___» _____2025 г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО представителя организации здравоохранения) Дата: «___» _____2025 г. Подпись_____

Представитель организации здравоохранения: _____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «___» _____2025 г. М.П.	Представитель поставщика услуг инженер (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «25» 06 2025 г. М.П

Представитель: _____

Телефон: _____