АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ Договора 166 от 13.03.2025 «18» 06 2025 г.

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

Организация здравоохранения: КГП на ПХВ «Многопрофильный медицинский центр»	Населённый пункт: Астана
Отделение:	**Адрес: Манаса 17**

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Постгарантийное* ☒ *Прочее*		
Hamilton T1	8539, 8904, 5761, 5889,	
	8890, 8903, 8637, 8902	

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: Проведена замена
1 HEPA-фильтр 8 штук
2 Пылевые фильтры - 8 комплектов
3 Поставка запасных мембран 2 комплектов
Аппарат исправен

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)) «18» 06 2025 г. М.П.

Представитель: Сапаргалиев Т.Н.

Телефон: _____

ТОВАРИЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ TECH QYZMET service БИН 190740026385

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ Договора 166 от 13.03.2025 «18» 06 2025 г.

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

Организация здравоохранения: КГП на ПХВ «Многопрофильный медицинский центр»	Населённый пункт: Астана
Отделение:	**Адрес: Манаса 17**

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Постгарантийное* ☒ *Прочее*		
Hamilton C3	3761, 3755, 3813, 3870	
	3869, 3723, 3853, 3874	

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: Проведена замена HEPA-фильтр на всех аппаратах. Также заменен ниже фильтр и проведена поставка запасных частей для анализаторного датчика в комплектах. Аппараты исправны.

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:	Представитель поставщика услуг:
_____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «___» _____202_ г. М.П.	Гамаев (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «18» 06 2025 г. М.П.

Представитель: Сасадеева Н

Телефон: _____

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

Договор № 166 от 13.03.25г. «24» июнь 2025 г.

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

Организация здравоохранения: ММЦ	Населенный пункт: г. Астана
Отделение: Реанимация	Адрес: Манаса 17

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☑ *Пост-гарантийное* ☐ *Прочее* ☑		
Пульсоксиметр в комплекте	20 шт.	
Аккумуляторные батареи С1/Т1	4 шт.	

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: Пульсоксиметры и батареи переданы проверке в рабочем состоянии.

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 _____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «____» _____202_ г. М.П.

Зав. ОАРИТ

Представитель: _____

Телефон: _____

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ Договора 166 от 13.03.2025 «_____» _____202__г.

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

Организация здравоохранения: КГП на ПХВ «Многопрофильный медицинский центр»	Населённый пункт: Астана
Отделение:	**Адрес: Манаса 17**

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Постгарантийное* ☒ *Прочее*		
Монитор Primo 15	521028	
	521042	

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: Проведен забор для диагностики

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: Чалаев _____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «16» 0[illegible] 202[illegible] г. М.П

Представитель: Дюсеев Сапарбек

Телефон: _____

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ Договора 166 от 13.03.2025 «____» _____202__г.

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

Организация здравоохранения: КГП на ПХВ «Многопрофильный медицинский центр»	Населённый пункт: Астана
Отделение:	**Адрес: Манаса 17**

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Постгарантийное* ☒ *Прочее*		
Монитор TRITON	112092	

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: Профилактические работы с обратным клапаном компрессора монитора аппарата наркоза.

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: _____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «17» _____5 г. М.П

Представитель: _____

Телефон: _____

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ Договора 166 от 13.03.2025 «_____» _____202__г.

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

Организация здравоохранения: КГП на ПХВ «Многопрофильный медицинский центр»	Населённый пункт: Астана
Отделение:	**Адрес: Манаса 17**

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Постгарантийное* ☒ *Прочее*		
Hamilton T1	8902	

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: Проведена диагностика в результате чего была заменена передняя дисковая из-за неисправности тормозов. После замены монитор начинает исправен

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)) «19» 03 2025 г. М.П.

Представитель: Ужесф Сапарнеев Ч.

Телефон: _____

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ Договора 166 от 13.03.2025 «_____» _____202__г.

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

Организация здравоохранения: КГП на ПХВ «Многопрофильный медицинский центр»	Населённый пункт: Астана
Отделение:	**Адрес: Манаса 17**

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Постгарантийное* ☒ *Прочее*		
Фодатор PRO SP-12S	A2R211508	

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: Забран на диагностику в сервисный центр

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:	Представитель поставщика услуг
_____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «____» _____202_ г. М.П.	Инженер (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «10» 06 2025 г. М.П

Представитель: Сатарбеева Г.Ч.

Телефон: _____

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ Договора 166 от 13.03.2025 «____» _____202__г.

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

Организация здравоохранения: ММЦ	Населённый пункт: Астана
Отделение: реанимация	Адрес: Манаса 17

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ Пост-гарантийное ☑ Прочее ☐		
Монитор PRIMA 15	521039	
ORDAMED	521042	

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: Проведен забор для диагностики оборудования с горящим зеленым питания.

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: Чагаев (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «17» 06 2025 г. М.П.

Представитель: Сагаринова Н

Телефон: _____

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ Договора 166 от 13.03.2025 «_____» _____202__г.

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

Организация здравоохранения: КГП на ПХВ «Многопрофильный медицинский центр»	Населённый пункт: Астана
Отделение:	**Адрес: Манаса 17**

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Постгарантийное* ☒ *Прочее*		
Фозатор PRO SP-12S	A2R211508	

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: Проведена диагностика. Неработают нижние кнопки для розлива воды. Причина залитость шлейфа жидкостью. Проведены профилактические работы аппарат исправен

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:	Представитель поставщика услуги
_____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «___» _____202_ г. М.П.	Галаев (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «19» _____ 2025 г. М.П

Представитель: Сагадиева

Телефон: _____

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ Договора 166 от 13.03.2025 «08» 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: Манасо

Медицинская техника: Гарантийное ☑ Пост-гарантийное ☑ Прочее ☐	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
VibroLUNG	A074	

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: Проведена диагностика аппарата. Выявлена проблема с блоком генератора. Плата заменена. Аппарат исправен и готов к работе.

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 _____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «____» _____ 202_ г. М.П.

Представитель: Сагадиева Н.

Телефон: _____

ТОВАРИЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ TECH QYZMET service БИН 190740026382 АСТАНА

SERVICE UNIT NUMBER # 1-1 REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ Договора 166 от 13.05.2025 «28» 05 2025 г.

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

Организация здравоохранения: ШМЦ	Населённый пункт: Астана
Отделение: реанимация	Адрес: Манаса 12

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Пост-гарантийное* ☑ *Прочее* ☐		
VibroLUNC	A074	

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: Проведен забор аппарата для дальнейшей диагностики.

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: Чалов _____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «___» _____202_ г. М.П.

Представитель: Сагадиева

Телефон: _____

МЕДИЦИНАЛЫҚ ... АСТАНА ... ТОВАРИЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ TECH QYZMET service БИН 190740026382 АСТАНА

SERVICE UNIT NUMBER 1-1 REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

Договор № 166 от 13.03.2025 «27» 05 2025 г.

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

Организация здравоохранения: ММЦ	Населенный пункт: Астана
Отделение: приемный покой	Адрес: Манаса 17

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Пост-гарантийное* ☑ *Прочее* ☐		
ИВЛ Hamilton T1		

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: Проведена диагностика. Обнаружена механическая ошибка, и также очищена. Аппарат исправен и готов к работе.

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: Чагаев _____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «27» 05 2025 г. М.П.

Представитель: Нугошибова Л.К.

Телефон: 8 775 176 95 08

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

Договор № 166 от 13.03.25 «26» 05 2025 г.

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

Организация здравоохранения: ММЦ	Населенный пункт: Астана
Отделение: Приемное покой	Адрес: Манаса 17

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Пост-гарантийное* ☑ *Прочее* ☐		
ИВЛ Hamilton T1	8539	

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: Проведен забор аппарата в сервисный центр для устранения механических повреждений

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	Представитель поставщика услуг
_____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «___» _____202_ г. М.П.	Инженер (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «26» 05 2025 г. М.П.

Представитель: Кусаинова Ж.К.

Телефон: 87751769528

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ Договора 166 от 13.03.2025 «____» _____202__г.

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

Организация здравоохранения: КГП на ПХВ «Многопрофильный медицинский центр»	Населённый пункт: Астана
Отделение:	**Адрес: Манаса 17**

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Постгарантийное* ☒ *Прочее*		
Монитор TRITON	112087	

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: Проведена диагностика на аппарата. Выявлена проблема в плате контроллера. Причина удар по нижней части где находится плата. Проведены меры по устранению проблем. Аппарат исправен и готов к работе

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:	Представитель поставщика услуг:
_____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «___» _____202_ г. М.П.	_____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «21» 202_ г. М.П.

Представитель: Сагдиева

Телефон: _____

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ Договора 166 от 13.03.2025 «_____» _____202__г.

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

Организация здравоохранения: КГП на ПХВ «Многопрофильный медицинский центр»	Населённый пункт: Астана
Отделение:	**Адрес: Манаса 17**

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Постгарантийное* ☒ *Прочее*		
Монитор PRIMA	DRDI 521025	

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: Проведена диагностика аппарат гемодиализа неисправность с на давление. Заменен обратный клапан. Проведена очистка аппарат изнутри и готов к работе.

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:	Представитель поставщика услуг
_____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «___» _____202_ г. М.П.	Главный инженер (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «___» _____202_ г. М.П

Представитель: Сагадиев

Телефон:

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ Договора 166 от 13.03.2025

«_____» _____202__г.

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

Организация здравоохранения: КГП на ПХВ «Многопрофильный медицинский центр»	Населённый пункт: Астана
Отделение:	**Адрес: Манаса 17**

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Постгарантийное* ☒ *Прочее*		
Инфузомат Mindray	SK90803688	

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: Инфузомат неисправен. Для более полной причины проведут забор в сервисный отдел.

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 _____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «21» 04 2025 г. М.П.

Представитель: Сагаринов П.В.

Телефон: _____

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ Договора 166 от 13.03.2025 «_____» _____202__г.

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

Организация здравоохранения: КГП на ПХВ «Многопрофильный медицинский центр»	Населённый пункт: Астана
Отделение:	**Адрес: Манаса 17**

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Постгарантийное* ☒ *Прочее*		
Рециркулятор PRO-SP 125	211332	
	211440	

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: Аппарат неисправен. Проведены работы в сервисном отделе для внесения прайсов

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:	Представитель поставщика услуг
_____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «___» _____202_ г. М.П.	Чалов (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «21» 04 2025 г. М.П.

Представитель: Сагадиев

Телефон: _____

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ Договора 166 от 13.03.2025 «_____» _____202__г.

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

Организация здравоохранения: КГП на ПХВ «Многопрофильный медицинский центр»	Населённый пункт: Астана
Отделение:	**Адрес: Манаса 17**

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Постгарантийное* ☒ *Прочее*		
Фотатор A2R 211	508, 510, 364	
PRO-SP-12S		

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: После проведения диагностики были обнаружены и устранены следующие проблемы.
1) A2R211508 - неисправность датчика прижима ширма верхнего
2) A2R211510 - неисправность датчика прижима нижнего ширма
3) A2R211364 - разъем питания 220V
На данный момент аппарата исправен и готов к работе

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: Чалаев (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «10» 05 2025 г. М.П.

Представитель: Дмитриева, ТЗ

Телефон: _____

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

Договор № 166 от 23.05.2025 «____» _____202__г.

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

Организация здравоохранения: ММС	Населенный пункт: Астана
Отделение: реанимация	Адрес: Манаса 17

Медицинская техника: *Гарантийное* ☐ *Пост-гарантийное* ☑ *Прочее* ☐	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
дозатор выкши	027372	
	025254	

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: Проведена диагностика дозаторов. Обнаружена механическая поломка основного рычага и шнека для шприца. Проведены ремонтные работы
1. Восстановлена механическая часть дозатора
2. Проверена цветная и чистота
Аппарат исправен

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: Чалоев (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «23» 05 202_ г. М.П.

Представитель: Сагадиева Д.Н. инженер

Телефон: _____

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

Договор № 166 от 16.03.25 «23» 05 2025 г.

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

Организация здравоохранения: ММЦ	Населенный пункт: Астана
Отделение:	Адрес: Мангилик 17

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Пост-гарантийное* ☐ *Прочее* ☐		
Шифузомет Mindray	SK90803727	

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: Проведена чистка и диагностика. Решена проблема со включением. Причиной послужило окисление платы из-за попавшей на нее влажности. Проведены очистительные работы. Аппарат исправен

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 _____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «23» 05 2025 г. М.П

Представитель: Сагадиев Т.Е.

Телефон: _____

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№Договора 116 от 13.03.2025 «09» 04 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:	**Серийный номер:**	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Пост-гарантийное* ☑ *Прочее* ☐		
Виброакустический аппарат "BARK VibroLung"	A195	
Излучатель	IA0464	
Излучатель	IA0465	

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: выполнена диагностика аппарата. Обнаружена проблема с излучателем, и проблема с дисплеем аппарата. Также обнаружен слой ржавчины на нижней части аппарата и болтах, что свидетельствует о больших объемах жидкости при обработке. Выполнен ремонт излучателя и дисплея. Оборудование исправно и готово к эксплуатации.

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)) «09» 04 2025 г. М.П.

Представитель: Сидорова

Телефон: _____

SERVICE UNIT NUMBER # 6-1 REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№Договора 156от 13.03.2025 «09» 04 **2025 г.**

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

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

Медицинская техника:	**Серийный номер:**	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Пост-гарантийное* ☐ *Прочее* ☑		
Виброакустический аппарат "BARK VibroLung"	A074	
Излучатель	IA0884M	
Излучатель	IA0885M	

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: выполнена диагностика аппарата VibroLUNG.Обнаружена проблема с запуском аппарата, проблема с дисплеем аппарата, а также большой слой пыли на излучателях, что свидетельствует об отсутствии обработки спиртом. Выполнен ремонт платы запуска и дисплея. Оборудование исправно и готово к эксплуатации.

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)) «09» 04 2025 г. М.П.

Представитель: _____

Телефон: _____

ст мрс Ордабай
Сонарисов Т.А

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

Договор № 166 от 13.03.25 «____» _____202__г.

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

Организация здравоохранения: ММУ	Населенный пункт: Астана
Отделение: реанимация	Адрес:

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Пост-гарантийное* ☑ *Прочее* ☐		
Инфузомат Mindray	SK90803704	

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: Аппарат диагностирован и обнаружен механический повреждения они были устранены. Аппарат проверен и готов к работе

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: _____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «___» _____202_ г. М.П.

Представитель: Сакаева

Телефон: _____

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

Договор № «_____» _____202__г.

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

Организация здравоохранения: ММС	Населенный пункт: Астана
Отделение: реанимация	Адрес:

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Пост-гарантийное* ☑ *Прочее* ☐		
Пульсоксиметр masina		

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: Проверен ремонт в пульсоксиметров MASINA. Пульсоксиметры исправны и готовы к работе.

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: _____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «____» _____202_ г. М.П.

Представитель: Сагадиева П.

Телефон: _____

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

Договор № 166. от 13.03.2025

«____» _____202__г.

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

Организация здравоохранения: ММЦ	Населенный пункт: Астана
Отделение: реанимация	Адрес:

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ Пост-гарантийное ☑ Прочее ☐		
Инфузомат Mindray	SK908036 88	

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: Проведена диагностика и механические повреждения. Причина аппарат. Произошли действия инженера. Аппарат собрали и установили помпаж и корпусом. Итог: Аппарат исправен.

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)) «___» _____202_ г. М.П.

Представитель: ст. инж. Сагадиев Д.

Телефон: _____

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

Договор № 166 от 13.03.2025.

«____» _____202__г.

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

Организация здравоохранения: ММС	Населенный пункт: Астана
Отделение: реанимация	Адрес: Манаса 17

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ Пост-гарантийное ☑ Прочее ☐		
Фозатор RRO-122 SP-125	A2R211465	
	A2R211315	
	A2R211313	
	A2R211496	

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: Проведена диагностика аппаратов.
1. Обнаружены механические повреждения.
решение:
1. Проведен ремонт креса для ширма а всех аппаратах
2. На аппарате A2R 211315 был заменен динамик так как во-время работа аппарата появился что он вибрировал на полто. Аппараты исправны и готовы к эксплуатации

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:	Представитель поставщика услуг
_____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии))	инженер (должность) (Ф.И.О. (при его наличии))
«___» _____ 202_ г.	«04» 04 2025 г.
М.П.	М.П.

Представитель: Шерсетов

Телефон: 8707 [illegible]

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

Договор № 166 от 13.03.25

«_____» _____202__г.

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

Организация здравоохранения: ММЦ	Населенный пункт: Астана
Отделение: реанимация	Адрес:

Медицинская техника:

Гарантийное ☐ Пост-гарантийное ☑ Прочее ☐

	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Монитор Ordamed	ORDI521054	

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: Проведена диагностика. 1. Выявлена проблема с обратным клапаном. Исправлено путем очистки аппарата. Аппарат исправен и готов к эксплуатации.

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: _____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «___» _____202_ г. М.П

Представитель: сл инж Сапрыева

Телефон: _____

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

Договор № 166 от 13.03.2015 «07» 04 202 5 г.

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

Организация здравоохранения: ММЦ	Населенный пункт: Астана
Отделение: реанимация	Адрес:

Медицинская техника:

Гарантийное ☐ *Пост-гарантийное* ☑ *Прочее* ☐

	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
инфузомат, Mindray	SK90D03704	
	SK91104680	

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: Проведена диагностика повреждения
① SK91104680 – очищен в внутренние узлы что являлось причиной неисправности аппарата.

② SK90D03704 – произведено устранение механических повреждений путем выпаивания их дыхкомпонентов. Экспертиза, сервисов. Аппарат исправен

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 _____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «___» _____ 202_ г. М.П.

Представитель: Сагадиева
Телефон: _____

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

Договор № 166 от 13.03.2025 «07» 04 2025 г.

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

Организация здравоохранения: ИМЦ	Населенный пункт: Астана
Отделение: рентгенология	Адрес:

Медицинская техника:

	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ Пост-гарантийное ☑ Прочее ☐		
Доктор PRO-SP-125	A2R211314	

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: Проведен диагностика и ремонт доктора. Было устранено механическое повреждение. Пресса для шприца. Аппарат исправен.

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 _____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «07» 04 2025 г. М.П

Представитель: Ожариева Т.У

Телефон: _____