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 "Сарыагашская центральная районная больница" управления здравоохранения Туркестанской области,Республика Казахстан, Туркестанская область, Сарыагашский район, Сарыагаш г., ул. С. Исмайлова, дом № 115, корпус А** — **091040010283**

полное наименование, адрес, данные о средствах связи

Исполнитель **Товарищество с ограниченной ответственностью"RUBIN Group"(РУБИН Гроуп),Республика Казахстан, Шымкент г., улица Елшибек Батыра, дом № 114, корпус 26** — **110940013175**

полное наименование, адрес, данные о средствах связи

Договор (контракт) Договор о государственных закупках услуг №208 от 29.04.25

Номер документа	Дата составления
70	30.06.2025

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	в том числе НДС, в KZT
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Услуги по техничекому обслуживанию и ремонту медицинского оборудования. Компьютерный томограф 2 квартал 2025г.			услуга	1	2 126 667,00	2 126 667,00	227 857,18
				Итого	1	x	2 126 667,00	227 857,18

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 / _____ / Шиллер А.В.
должность *подпись* *расшифровка подписи*

М.П.

Принял (Заказчик) _____ / _____ / _____
должность *подпись* *расшифровка подписи*

Дата подписания (принятия) работ (услуг) 30.06.2025

М.П.

ЖШС «RUBIN Group»
БСН: 110940013175
Қазақстан Республикасы, қ. Шымкент
Елшібек Батыр көшесі, 114
тел.: +7 777 275 7905
e-mail: company@rubingroup.asia
https://medmarket.asia/

ТОО «RUBIN Group»
БИН: 110940013175
Республика Казахстан, г. Шымкент,
ул. Елшибек Батыра, 114
тел.: +7 777 275 7905
e-mail: company@rubingroup.asia
https://medmarket.asia/

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ договора 208 **от** 2025.04.25 **"**5**"** июня **2025 г.**

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

Организация здравоохранения: Сарыагашская ЦРБ
Город: Сарыагаш
Отделение:
Адрес:

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *пост-гарантийное* ☐ *стороннее* ☑		
Компьютерный томограф GE Revolution Evo	SN KA3127CT01	2018 г

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:
Произведено плановое техническое обслуживание: чистка фильтров, прочистка реконструктора, проверка графитовых щеток, отчистка модуля ДРИ, проверка работаспособности вентиляторов. Аппарат исправен и готов к эксплуатации.

Услуги на территории заказчика ☑ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал:_____ (ФИО (при его наличии) представителя организации здравоохранения) Дата: «__»_____201_ г. Подпись_____	Медицинскую технику принял:_____ (ФИО (при его наличии) представителя поставщика услуг) Дата: «__»_____201_ г. Подпись_____
Медицинскую технику сдал:_____ (ФИО (при его наличии) представителя поставщика услуг Дата: «__»_____201_ г. Подпись_____	Медицинскую технику принял:_____ (ФИО (при его наличии) представителя организации здравоохранения) Дата: «__»_____201_ г. Подпись_____

Представитель организации здравоохранения:	Представитель поставщика услуг:
Тажибаев М.И. (должность) (ФИО)	Кривоз А (должность) (ФИО)
«__»_____201_ г.	«5» 06 2025 г
М.П.	М.П.