АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

Возвратный экземпляр
Просим вернуть 2-ой экземпляр

Договор № 566 от 30.06.2025г.

05 августа 2025 года.

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

Организация здравоохранения: КГП на ПХВ "Павлодарская областная больница имени Г. Султанова" УЗ Павлодарской области

Город: Павлодар

Адрес: ул. Щедрина, 63

Техническое обслуживание:

Гарантийное ☐ **Пост-гарантийное** ☐ **Стороннее** ☐

Наименование оборудования: Аппарат для неинвазивного определения степени фиброза печени Fibroscan 530 Compact

Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
F 81074	2019

Выполненные работы:

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

Проведено перепрограммирование датчиков на специальном программаторе Echosence:
«M+» S/N S78387
«XL+» S/N S94840
«S+» S/N S100044

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: Датчики откалиброваны.

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ☐ **Услуги в условиях сервисного центра** ■

Медицинскую технику сдал: _____
(ФИО (при его наличии) представителя организации здравоохранения)
Дата: «___» _____ 2025 г. Подпись_____

Медицинскую технику принял: [illegible]
(ФИО (при его наличии) представителя поставщика услуг)
Дата: «08» 08. 2025 г. Подпись_____

Медицинскую технику сдал: _____
(ФИО (при его наличии) представителя поставщика услуг)
Дата: «___» _____ 2025 г. Подпись_____

Медицинскую технику принял: _____
(ФИО (при его наличии) представителя организации здравоохранения)
Дата: «___» _____ 2025 г. Подпись_____

Представитель организации здравоохранения: КГП на ПХВ "Павлодарская областная больница имени Г. Султанова" УЗ Павлодарской области

Зав. ОРД Жиембаева М.Ф.
(должность) (Ф.И.О.(при его наличии))

_____ «___» _____ 2025 г.

М.П.

Представитель поставщика услуг:

Инженер сервисной службы ТОО « Дельрус Казахстан» Сегут В.А.
(должность) (Ф.И.О.(при его наличии))

_____ **« 05 » августа 2025 г.**

М.П.