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 "Алматинская многопрофильная клиническая больница" государственного учреждения "Управление здравоохранения Алматинской области",040700, Алматинская область, Илийский район, сельский округ Өтеген Батыр, село Отеген батыр, ул. Заманбек Батталханов, зд. 8, тел.: 87273993839**	**990240006664**
	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 работ не связанных со строительством №990240006664/2502

Номер документа	Дата составления
68	**26.09.2025**

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	Работы по ремонту модернизации медецинского санитарного терапевтического оборудования. Гастероскоп OLYMPUS			работа	1	4 132 800,00	4 132 800,00	442 800,00
				Итого	1	x	4 132 800,00	442 800,00

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

М.П.

Принял (Заказчик) директор / _____ / Амилбетова М.С.
должность *подпись* *расшифровка подписи*

Дата подписания (принятия) работ (услуг) 26.09.2025

М.П.

ЖШС «RUBIN Group»
БСН: 110940013175
Қазақстан Республикасы, қ. Шымкент
Елшібек батыр көшесі, 114
тел.: +7 776 777 2224
e-mail: info@rubingroup.kz
instagram.com/rubingroup.kz
https://rubingroup.kz/

ТОО «RUBIN Group»
БИН: 110940013175
Республика Казахстан, г. Шымкент,
ул. Елшибек батыра, 114
тел.: +7 776 777 2224
e-mail: info@rubingroup.kz
instagram.com/rubingroup.kz
https://rubingroup.kz/

Акт выполненных работ

№ договора 990240006664/250223/00 от 25.04.2025 «25» сентября 2025 г.

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

Организация здравоохранения: ГКП на ПХВ Алматинская многопрофильная клиническая больница	**Город:** Алматы	
Отделения:	**Адрес:**	
Медицинская техника:	**Серийный номер**	**Дата монтажа медицинской техники**
Гарантийное ○ **Пост гарантийное** ✓ **Стороннее** ○		
Olympus видеогастроскоп GIF-LV1	**2213076**	

Выполненные работы:

Диагностика ○	**Ремонт** ✓	**Модернизация** ○	**ПТО*** ○	**Демонтаж** ○	**Обучение** ○

Затраченные метериалы при ремонте медицинской техники:

Наименование материала:	Единица измерения	Количество	Общая стоимость (тенге)
А-резина	*шт*	*1*	
Инструментальный канал	*шт*	*1*	
Рубашка рабочей части	*шт*	*1*	
Плата усилителя	*шт*	*1*	
Переборка блока управления	*шт*	*1*	
Переборка коннектора	*шт*	*1*	

Типы неисправностей:

Ошибка программы ○	**Техническая неисправность** ○	**Механическая неисправность** ✓

Виды ремонта:

Гарантийный ремонт ○	**Негарантийный ремонт** ✓

Комментарии/ техническое заключение:

Проведен технический ремонт гастроскопа в ходе работы была заменена резина, инструментальный канал, рубашка рабочей частей, плата усилителя и переборка блока управления и переборка коннектора. В ходе эксплатлатации рекомендуется соблюдать правила эксплуатации. Аппарат годен к дальнейшей эксплуатации.

Услуги на территории заказчика ○	**Услуги в условиях сервисного центра** ✓
Медицинскую технику сдал: _____ (Ф.И.О. (при его наличии) представителя организации здравоохранения) Дата: «_____» _____202__г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (Ф.И.О. (при его наличии) представителя организации здравоохранения) Дата: «_____» _____202__г. Подпись_____
Медицинскую технику сдал: _____ (Ф.И.О. (при его наличии) представителя организации здравоохранения) Дата: «_____» _____202__г. Подпись_____	Медицинскую технику принял: _____ (Ф.И.О. (при его наличии) представителя организации здравоохранения) Дата: «_____» _____202__г. Подпись_____
Представитель организации: Ашимбетова М. С. (Должность) (Ф.И.О) _____ «_____» _____2025г. МП	**Представитель поставщика услуг:** Абдурахманов А.Т. (Должность) (Ф.И.О) _____ **« 25 » сентября 2025 г.** МП