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: ГКП на ПХВ «Многопрофильный медицинский центр»	Населённый пункт: Астана
Отделение: реанимация	**Адрес: манаса 17**

Медицинская техника:			Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐	*Постгарантийное* ☒	*Прочее*		
BBraun шприцевой дозатор Braun		**027**	365, 356, 367, 340, 364,	
			370, 368, 362, 372	
		028	293, 254, 274, 262, 255	

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 плановый технический осмотр.

1. Проведена проверка внешнего состояния аппарата на механические повреждения
2. Проверена работоспособность заднего штока и переднего пресса

На аппаратах с серийными номерами 027362, 028274 не обходима замена заднего штока также на аппарате 028274 необходимо замена материнской платы, а на 027362 необходима замена гибкой панели управления. Помимо данных аппаратов, остальные аппараты 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: _____

Телефон: _____

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ Договора 166 от 13.03.2025 «29» 08 2025 г.

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

Организация здравоохранения: ГКП на ПХВ «Многопрофильный медицинский центр»	Населённый пункт: Астана
Отделение: реанимация	**Адрес: манаса 17**

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Постгарантийное* ☒ *Прочее*		
ИВЛ HAMILTON C3	3853, 3869, 3723, 3755,	
	3761, 3870, 3873, 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: Проведен плановый технический осмотр.

1. Проведена калибровка датчика потока и ячейки O2
2. Проверена герметичность контура

Аппараты 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:	Представитель поставщика услуг
_____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «____» _____202_ г. М.П.	_____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «____» _____202_ 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: ГКП на ПХВ «Многопрофильный медицинский центр»	Населённый пункт: Астана
Отделение: реанимация	**Адрес: манаса 17**

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Постгарантийное* ☒ *Прочее*		
Монитор пациента Ordamed Primo I5	49, 54, 58, 26, 53, 25, 28,	
ORDI5210	63, 50, 39, 42, 27, 29, 37,	
	43, 44, 46, 56, 57, 59, 61	

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 плановый технический осмотр.

1. Проведена проверка внешнего состояния аппарата
2. Проверена работоспособность температурного датчика
3. Проверен работа пульсоксиметра и манжеты.

Монитор пациента с серийным номером ORDI 521042 неисправна плата пульсоксиметра, необходима ее замена. Данный аппарат не пригоден для эксплуатации. Помимо данного аппарата.

Аппараты 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:	Представитель поставщика услуг
_____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «____» _____202_ г. М.П.	_____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «____» _____202_ 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: ГКП на ПХВ «Многопрофильный медицинский центр»	Населённый пункт: Астана
Отделение: реанимация	**Адрес: манаса 17**

Медицинская техника: *Гарантийное* ☐ *Постгарантийное* ☒ *Прочее*	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Помпа (насос перфузор) Aitecs SP-12S Pro Aitecs **A2R211**	470, 469, 406, 509, 364,	
	464, 362, 301, 478, 514,	
	466, 487, 312, 302, 389,	
	337, 465, 315, 394, 313,	
	476, 314, 479, 392, 395,	
	371, 393, 467, 468, 391,	
	511, 471, 496, 406, 364,	
	484, 508, 510, 384	
	A2R200665	

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 плановый технический осмотр.

1. Проведена проверка внешнего состояния аппарата на механические повреждения
2. Проверена работоспособность заднего штока и переднего пресса

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

TECH SERVICE service

Представитель: ст мс Ахметов

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: ГКП на ПХВ «Многопрофильный медицинский центр»	Населённый пункт: Астана
Отделение: реанимация	**Адрес: манаса 17**

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Постгарантийное* ☒ *Прочее*		
ИВЛ HAMILTON G5	20777, 20784, 20776	

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 плановый технический осмотр.

1. Проведена калибровка датчика потока и ячейки O2
2. Проверена герметичность контура
3. Проведена замена ремонтного комплекта на компрессорах

Аппараты 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:	Представитель поставщика услуг:
_____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «____» _____202_ г. М.П.	_____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «____» _____202_ 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: ГКП на ПХВ «Многопрофильный медицинский центр»	Населённый пункт: Астана
Отделение: реанимация	**Адрес: манаса 17**

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Постгарантийное* ☒ *Прочее*		
ИВЛ HAMILTON T1	8602, 8539, 5761, 8889,	
	8890, 8903, 8637, 8903	

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 плановый технический осмотр.

1. Проведена калибровка датчика потока и ячейки O2
2. Проверена герметичность контура

Аппарат с серийным номером 8903. необходима замена сенсора по причине его неисправности.
Несмотря на неисправность сенсора аппарат может эксплуатироваться, работая на мониторе энкодером.
Аппараты 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:	Представитель поставщика услуг:
_____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «____» _____202_ г. М.П.	Гагаев _____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «____» _____202_ 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: ГКП на ПХВ «Многопрофильный медицинский центр»	Населённый пункт: Астана
Отделение: реанимация	**Адрес: Манаса 17**

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Постгарантийное* ☒ *Прочее*		
ИВЛ Hamilton C3	3853	

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 ремонт аппарата

1 Замена touchscreen
2 Калибровка датчиков
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))	_____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии))
«____» _____202_ г.	«____» _____202_ г.
М.П.	М.П.

Представитель: Омирбек Оарчит

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: ГКП на ПХВ «Многопрофильный медицинский центр»	Населённый пункт: Астана
Отделение: реанимация	**Адрес: манаса 17**

Медицинская техника:		Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Постгарантийное* ☒ *Прочее*			
Инфузомат Mindray	**SK91104**	662, 679, 695, 672, 670,	
		657, 680, 665, 696	
	SK90803	735, 347, 698, 693, 703,	
		704, 738, 772, 688,682,773	

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 плановый технический осмотр.

1. Проведена проверка внешнего состояния аппарата на механические повреждения
2. Проверена работоспособность проводимости жидкости по трубке

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

Представитель: ст мс

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: ГКП на ПХВ «Многопрофильный медицинский центр»	Населённый пункт: Астана
Отделение: реанимация	**Адрес: манаса 17**

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Постгарантийное* ☒ *Прочее*		
Монитор пациента Тритон 112	029, 031, 165, 090, 093,	
	162, 174, 087, 172, 092,	
	094, 170, 088, 172, 086,	
	161, 175, 159, 165, 089,	
	160, 168, 045,047, 056	

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 плановый технический осмотр.

1. Проведена проверка внешнего состояния аппарата
2. Проверена работоспособность температурного датчика
3. Проверен работа пульсоксиметра и манжеты.

Аппараты 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: _____

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: ГКП на ПХВ «Многопрофильный медицинский центр»	Населённый пункт: Астана
Отделение: реанимация	**Адрес: манаса 17**

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Постгарантийное* ☒ *Прочее*		
Аппарат виброакустический	A188, A190, A050,	
BARK VibroLUNG	A074, A195	

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 плановый технический осмотр.

1. Проведена проверка внешнего состояния аппарата и излучателей
2. Проверена работоспособность оборудования
3. Проверены ПО и режимы работы аппаратов

Проведена поставка и дополнительный инструктаж.

Аппараты 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:	Представитель поставщика услуг:
_____ (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «____» _____202_ г. М.П.	(должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «____» _____202_ 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: ГКП на ПХВ «Многопрофильный медицинский центр»	Населённый пункт: Астана	
Отделение: реанимация	**Адрес: манаса 17**	
Медицинская техника: *Гарантийное* ☐ *Постгарантийное* ☒ *Прочее*	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Монитор пациента nGenurity 8100E CRITICARE	419008230, 419008338	
	121009712, 121009717,	
	121009734,	

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 плановый технический осмотр.

1. Проведена проверка внешнего состояния аппарата на механические повреждения
2. Проверена работоспособность ПО монитора

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: _____

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: ГКП на ПХВ «Многопрофильный медицинский центр»	Населённый пункт: Астана
Отделение: реанимация	**Адрес: манаса 17**

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Постгарантийное* ☒ *Прочее*		
Mindray шприцевой дозатор	SK00716220, SK00716149,	
	SK00716177	

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 плановый технический осмотр.

1. Проведена проверка внешнего состояния аппарата на механические повреждения
2. Проверена работоспособность заднего штока и переднего пресса
3. Проверено состояние ПО и режимов работы

Аппараты 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:	Представитель поставщика услуг:
(должность) (Ф.И.О. (при его наличии))	(должность) (Ф.И.О. (при его наличии))
«____» _____202_ г.	«____» _____202_ г.
М.П.	М.П.

TECH OYZMET service

Представитель: Тортарханова М.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: ГКП на ПХВ «Многопрофильный медицинский центр»	Населённый пункт: Астана
Отделение: реанимация	**Адрес: манаса 17**

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Постгарантийное* ☒ *Прочее*		
Отсасыватель медицинский Jiangsu 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	Количество	Общая стоимость (тенге)

Типы неисправностей

Ошибка программы	Техническая неисправность	Механическая неисправность
☐	☐	☐

Виды ремонта

☐ Гарантийный ремонт	Не гарантийный ремонт

Комментарии и техническое заключение: Проведен плановый технический осмотр.

1. Проведена проверка внешнего состояния аппарата на механические повреждения
2. Проверена работоспособность вакуумной системы
3. Проверено состояние гелевых трубок

Аппараты 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:	Представитель поставщика услуг:
(должность) (Ф.И.О. (при его наличии))	(должность) (Ф.И.О. (при его наличии))
«____» _____202_ г.	«____» _____202_ г.
М.П.	М.П.

Представитель: Токтарханова М.Н.

Телефон: _____