АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

Договор № 71 от 23.04.2025г. «4» декабрь 202 5 г.

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

Организация здравоохранения: Мангистауская МОБ	Населенный пункт: г. Актау
Отделение: Опер. блок / Реанимация	Адрес: 26 мкр. - 54

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Пост-гарантийное* ☐ *Прочее* ☑		
Наркозный аппарат Venar в комплекте	c2Hts05003/c2Hts05004	
	k2Hts05007/c2Hts05037	
	c2Hts05036	
Z	Z	Z

Выполненные работы

Диагностика	Ремонт	Монтаж	Модернизация	ПТО	Демонтаж	Обучение
☑	☐	☐	☐	☑	☐	☐

Затраченные материалы при ремонте медицинской техники:

Наименование материала	Единица измерения	Количество	Общая стоимость (тенге)
Z			

Типы неисправностей

Ошибка программы	Техническая неисправность	Механическая неисправность
☐	☐	☐

Виды ремонта

☐ Гарантийный ремонт	☐ Не гарантийный ремонт

Комментарии и техническое заключение: Проведено плановое тех. обслуживание, проведена диагностика, калибровка, настройка аппаратов. На всех аппаратах не работает газоанализатор модуль A-gaz. (Требуется замена либо имеется модификация на дополнит. монитор) SN 05036 – не исправна плата модуля датчиков давл. ts Pres/2 и плата PSV-TS управление клапаном. Требуется дополнительно установить увлажнитель для O2 и сжатого воздуха.

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)) «4» декабрь 2025 г. М.П.

Представитель: _____

Телефон: _____