ИП «САПФИР»

Приложение 2
к Правилам осуществления сервисного обслуживания
медицинской техники в Республике Казахстан

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ договора 260081 от 15.04.2026г. «15» апреля 2026 г.

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

Организация здравоохранения: Коммунальное государственное учреждение «Жалпактал ский центр оказания специальных социальных услуг Управления координации занятости и социальных программ Западно-Казахстанской области»	Город: Западно-Казахстанская область
Отделение:	Адрес: Жалпактал, ул. К МЕНДАЛИЕВ, д. 22

Техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Пост-гарантийное* ☐ *Стороннее* ☑		
Морозильник ARG	N 0837	

Выполненные работы

Произведено техническое обслуживание морозильника согласно руководству эксплуатации. Проверка состояния корпуса. Осмотр уплотнителей дверцы.Проверка правильности установки.Осмотр сетевого шнура и вилки. Проверка работы термостата (регулятора температуры). Проверка индикации (лампы, дисплей).Контроль работы компрессора.

Произведена замена компрессора. Заправка фреоном. Проверено.

Диагностика	Ремонт	Модернизация	ПТО*	Демонтаж/монтаж	Обучение
☑	☑	☐	☑	☐	☐

Затраченные материалы при ремонте медицинской техники:

Наименование материала	Единица измерения	Количество	Общая стоимость (тенге)
Компрессор 200W - 1шт. Припой - 1шт			
Фильтр 15г - 1шт. Штуцер - 1шт. Фреон R134 - 130г			

Типы неисправностей

Ошибка программы	Техническая неисправность	Механическая неисправность
☐	☐	☑

Виды ремонта

Гарантийный ремонт	Негарантийный ремонт
☐	☑

Комментарии/техническое заключение *Оборудование исправно, подлежит эксплуатации*

Прием-передача техники Услуги на территории заказчика ☑ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал:_____ (ФИО (при его наличии) представителя организации здравоохранения) **Дата:** «___»_____202_ г. **Подпись**_____	**Медицинскую технику принял:**_____ (ФИО (при его наличии) представителя поставщика услуг) **Дата:** «___»_____202_ г. **Подпись**_____
Медицинскую технику сдал:_____ (ФИО (при его наличии) представителя поставщика услуг **Дата:** «___»_____202_ г. **Подпись**_____	**Медицинскую технику принял:**_____ (ФИО (при его наличии) представителя организации здравоохранения) **Дата:** «___»_____202_ г. **Подпись**_____

Представитель организации здравоохранения:	Представитель поставщика услуг
Помощник С (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «15» 04 2026г. М.П.	инженер (должность) (Ф.И.О. (при его наличии)) «15» апреля 2026г. М.П.