АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ договора 0103400008 44/260394 от 26 . 05 .2026 г.

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

Организация здравоохранения: РГП на ПХВ "ННЦТиОИ" Батпенова М.Д." МЗ РК	Город: Астана	
Отделение:	Адрес:	
Медицинская техника: Видеоэндоскопическая система HD-320	Серийный номер: Дата выпуска:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ Пост-гарантийное ☐ Стороннее ☑		
Инвентарный номер:		

Выполненные работы

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

Проведено плановое техническое обслуживание оборудования, в ходе ПТО было выявлено: Видеогастроскоп EG330 S/n: 701253121 угол поворота положения вниз не соответствующий регламентированным параметрам; Видеоколоноскоп EC-330T имеется старение фиксирующего слоя изгибаемой части. Вводимая часть гофрирована на отметках 10-40, на видеоизображении артефакты в связи с отсутствием защитного клея на линзе камеры, угол руля положения вверх несоответствует регламентированным параметрам.

Затраченные материалы при ремонте медицинской техники:

Наименование материала	Единица измерения	Количество	Общая стоимость(тенге)

Типы неисправностей

Ошибки программы	Техническая неисправность	Механическая неисправность
☐	☐	☐

Виды ремонта

Гарантийный ремонт ☐	Негарантийный ремонт ☐

Заключение: Аппарат работает эксплуатационно пригоден

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

Медицинскую технику сдал:	Медицинскую технику принял:
_____ (ФИО (при его наличии) представителя организации здравоохранения) Дата:«____»_____202__г. Подпись_____	_____ (ФИО (при его наличии) Дата:«___»_____202__ г. Подпись представителя поставщика услуг_____
Медицинскую технику сдал:	Медицинскую технику принял:
_____ (ФИО (при его наличии) представителя организации здравоохранения) Дата: «____ »_____202___г. _____Подпись	_____ (ФИО (при его наличии) Дата: «____ »_____ 202___г. _____ Подпись представителя поставщика услуг

Представитель организации здравоохранения:	Представитель поставщика услуг:
(должность) (Ф.И.О.)	(должность) (Ф.И.О.)
_____ «___» _____202___ г	_____ «___» 06 2026 г
МП	МП