Technical Assistance Center

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

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ договора 5012 от _____ «8 апреля 2018 г.

Код инженера:	Ковилов	Номер и дата подачи заявки		Время прибытия	Время убытия	Затраченное время
				9⁰⁰	10³⁰	1,5 ч.

Организация здравоохранения: КГП на ПХВ "Кардиолог. центр" Город: Петропавловск
Отделение: ОРЭВХ и ЛД Адрес: Васильева 123

Медицинская техника:			Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐	*Пост-гарантийное* ☐	*Стороннее* ☑		
Artis Zee Floor			136985	2013
Artis Zee F				

Выполненные работы

Диагностика	Ремонт	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 ☐	Негарантийный ремонт ☐

Комментарии/техническое заключение: Выполнен плановый технический контроль состояния ангиографической системы: оценка буфера ошибок; проверка высоковольтной части; проверка напряжений генератора; проверка охлаждающей жидкостей. Выявлены ошибки в работе потенциометра основания С-дуги (base rotation); выявлена проблема с записывающим CD приводом. Аппарат исправен. Работа завершена.

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ☑ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО (при его наличии) представителя организации здравоохранения) **Дата:** «___»_____201_ г. **Подпись**_____	**Медицинскую технику принял:** _____ (ФИО (при его наличии) представителя поставщика услуг) **Дата:** «___»_____201_ г. **Подпись**_____
Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО (при его наличии) представителя поставщика услуг **Дата:** «___»_____201_ г. **Подпись**_____	**Медицинскую технику принял:** _____ (ФИО (при его наличии) представителя организации здравоохранения) **Дата:** «___»_____201_ г. **Подпись**_____

Представитель организации здравоохранения:

И.о. гл. врача Мамашинтобов А.А.
(должность) (Ф.И.О. (при его наличии))

М.П. «___» _____ 201_ г.

Представитель поставщика услуг

(должность) (Ф.И.О. (при его наличии))

М.П. «___» 8 апреля 2018 г.