Technical Assistance Center

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

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ договора 230 от 23.04.2018 «6» июня 2018 г.

Код инженера:	Ковыльов И. Кайнидоев	Номер и дата подачи заявки	06.05.2018	Время прибытия	Время убытия	Затраченное время
				10:30	14:30	

Организация здравоохранения: КГП "Облост. Кардиохирург. центр" Город: Караганда
Отделение: Somatom Definition AS+ Адрес: Крылова 23

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ Пост-гарантийное ☐ Стороннее ☑		
Somatom Definitio	95171	2014

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: Выполнено плановое техническое обслуживание компьютерного томографа: оценка буфера ошибок; очистка блока PDC; IRS; ICS; генератора; проверка качества изображения, использованием фантома; внешний осмотр; смазка; проверка системы охлаждения (низкое давление) - выполнена дозаправка первичного и вторичного контура; проверка работоспособности. Аппарат исправен. Кол-во сканчек рентген трубки-83886

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:

инженер Шехалеко Б.Н.
(должность) (Ф.И.О. (при его наличии))

«06» 05 2018 г.
М.П.

Представитель поставщика услуг

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

«6» июня 2018 г.
М.П.