Technical Assistance Center

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

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ договора 144 от 09.04.2018 «04» мая 2018 г.

Код инженера:	Тергенинс Кобанов	Номер и дата подачи заявки		Время прибытия	Время убытия	Затраченное время
				12⁰⁰	16⁰⁰	4 ч

Организация здравоохранения: РТП на ПХВ „НИИК и ВБ"	Город:
Отделение:	Адрес:

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Пост-гарантийное* ☐ *Стороннее* ☐		
AXION Artis dTC / AXION Sensis	35747 / 3373	2006

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: Выполнены ремонтно профилактические работы на системе анимирования и телеуправления. Выполнен анализ дефектов ошибок. Выполнена очистка и смазка механизмов узлов и механизмов. Замена необходимых деталей. Выполнен визуальный контроль выполненной части оборудования. Настройка предметного координатора. Рекомендуется замена лампы освещения рентгеновской трубки

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ☑ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал:	Медицинскую технику принял:
(Ф.И.О. (при его наличии) представителя организации здравоохранения) Дата: «___»_____201_ г. Подпись_____	(Ф.И.О. (при его наличии) представителя поставщика услуг) Дата: «04» мая 2018 г. Подпись_____
Медицинскую технику сдал:	**Медицинскую технику принял:**
(Ф.И.О. (при его наличии) представителя поставщика услуг) Дата: «04» мая 2018 г. Подпись_____	(Ф.И.О. (при его наличии) представителя организации здравоохранения) Дата: «___»_____201_ г. Подпись_____

Представитель организации здравоохранения:

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

_____ «___»_____201_ г.
М.П.

Представитель поставщика услуг

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

_____ «04» мая 2018 г.
М.П.

АДМ-ХОЗ ЧАСТЬ

Выполнил: Мурзин К.Т.