АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

Договор № 180095/00 от 26.03.2018г.

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

Организация здравоохранения: **ГКП на ПХВ «Городская поликлиника № 5» УЗ города Алматы**	Город: **Алматы**
Отделение: Городской гепатологический центр г. Алматы	**Адрес: ул. Макатаева, 141**

Медицинская техника:		
Гарантийное ☐ *Пост-гарантийное* ■ *Стороннее* ☐	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Аппарат Fibroscan 502	**№ F01475**	16.09.2013 г

Выполненные работы

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

Провел диагностику аппарата. Проверил в логфайлах наличие ошибок в процессе работы. Провел работу по проверке всех модулей аппарата. Провел измерение питающих напряжений. Провел оселение кабелей и клем между блоками. Чистка от пыли блока питания. Провел резервное копирование результатов исследований на внешние носители информации.

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: Аппарат Fibroscan 502 s/n: F01475 исправен, все модули работают хорошо. Замечаний нет.

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ■ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал:_____ (ФИО (при его наличии) представителя организации здравоохранения) **Дата:** «___»_____2018 г. **Подпись**_____	**Медицинскую технику принял:**_____ (ФИО (при его наличии) представителя поставщика услуг) **Дата:** «___»_____2018 г. **Подпись**_____
Медицинскую технику сдал:_____ (ФИО (при его наличии) представителя поставщика услуг **Дата:** «___»_____2018 г. **Подпись**_____	**Медицинскую технику принял:**_____ (ФИО (при его наличии) представителя организации здравоохранения) **Дата:** «___»_____2018 г. **Подпись**_____

Представитель организации здравоохранения:	**Представитель поставщика услуг**
_____ (должность) (Ф.И.О.(при его наличии))	_Инженер сервисной службы ТОО Дельрус РК Саламахин С.К
_____ «___» _____2018 г.	Салам. «16» 05 2018 г.
М.П.	М.П.