Товарищество с Ограниченной Ответственностью
«RUBIN Group» (РУБИН Гроуп)
РК, Южно-Казахстанская область, г. Шымкент,
Ул. Алматинская, Б\Н Торговый комплекс «АТАМУРА»
БИН: 110940013175
Тел: + 7 777 670 30 11; +7 707 570 30 11

"RUBIN Group" (РУБИН Гроуп)
жауапкершілігі шектеулі серіктестігі
РК, Оңтүстік Қазақстан облысы, г. Шымкент
Г.А., Алматы кош., Б\Н Сауда Үй «АТАМУРА»
БСН: 110940013175
Тел.: 7 777 670 30 11; +7 707 570 30 11

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ договора _____ от _____ "04" июля 2018 г.

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

Организация здравоохранения: РОД ДОМ №2	Город: Шымкент
Отделение: ОПР блок	Адрес:

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ пост-гарантийное ☑ стороннее ☐		
Операционный светильник КМП		

Выполненные работы

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

Затраченные материалы при ремонте медицинской техники:

Наименование материала	Единица измерения	Количество	Общая стоимость (тенге)
Лампа 24 V 100 W кнопка микро	шт	1	

Типы неисправностей

Ошибка программы	Техническая неисправность	Механическая неисправность
☐	☑	☐

Виды ремонта

Гарантийный ремонт	Негарантийный ремонт
☐	☐

Комментарии/техническое заключение: Произведена замена лампы, и микровыключателя вкл светильника.

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:	Представитель поставщика услуг
Тлюхмолова А (должность) (Ф.И.О.)	Технолог (должность) (Ф.И.О.)
«4» июль 2018 г.	«04» июля 2018 г.
М.П.	М.П.

Товарищество с Ограниченной Ответственностью
«RUBIN Group» (РУБИН Гроуп)
РК, Южно-Казахстанская область, г. Шымкент,
Ул. Алматинская, Б\Н Торговый комплекс «АТАМУРА»
БИН: 110940013175
Тел: + 7 777 670 30 11; +7 707 570 30 11

"RUBIN Group" (РУБИН Гроуп)
жауапкершілігі шектеулі серіктестігі
РК, Оңтүстік Қазақстан облысы, г. Шымкент
Г.А., Алматы кош., Б\Н Сауда Үй «АТАМУРА»
БСН: 110940013175
Тел.: 7 777 670 30 11; +7 707 570 30 11

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ договора _____ от _____ "02" июля 2018 г.

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

Организация здравоохранения: Род дом №2	Город: Шымкент
Отделение: ОПК	Адрес:

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ пост-гарантийное ☑ стороннее ☐	инв №	
КТГ FC-700	24P300106	

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: Перепайка разъемов окислебенных и ТОСО датчиков

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ☑ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал: Прокопович (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:	Представитель поставщика услуг
Абдахмонова А. (должность) (Ф.И.О.) «12» 07 2018 г. М.П.	Прокопович (должность) (Ф.И.О.) «02» 07 2018 г. М.П.

Товарищество с Ограниченной Ответственностью
«RUBIN Group» (РУБИН Гроуп)
РК, Южно-Казахстанская область, г. Шымкент,
Ул. Алматинская, Б\Н Торговый комплекс «АТАМУРА»
БИН: 110940013175
Тел: + 7 777 670 30 11; +7 707 570 30 11

"RUBIN Group" (РУБИН Гроуп)
жауапкершілігі шектеулі серіктестігі
РК, Оңтүстік Қазақстан облысы, г. Шымкент
Г.А., Алматы кош., Б\Н Сауда Үй «АТАМУРА»
БСН: 110940013175
Тел.: 7 777 670 30 11; +7 707 570 30 11

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ договора _____ от _____ "10" июля 2018 г.

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

Организация здравоохранения: ДОУ дом № 2	Город: Шымкент
Отделение:	Адрес:

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *пост-гарантийное* ☑ *стороннее* ☐	инв. N	
Дез. камера	241300242	

Выполненные работы

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

Затраченные материалы при ремонте медицинской техники:

Наименование материала	Единица измерения	Количество	Общая стоимость (тенге)
Нагревательные элементы 220в х 1,0кВт	шт	9	
Блок управления температурой	шт	1	

Типы неисправностей

Ошибка программы	Техническая неисправность	Механическая неисправность
☐	☑	☐

Виды ремонта

Гарантийный ремонт	Негарантийный ремонт
☐	☑

Комментарии/техническое заключение: Произведена замена нагревательных элементов (ТЭнов) - 9шт 220в х 1,0кВт и блок управления температурой.

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:	Представитель поставщика услуг
и.о.гл. врача Ардохмонова (должность) (Ф.И.О.)	Прокопенко Е.П. (должность) (Ф.И.О.)
«10» 07 2018 г.	«10» июля 2018 г.
М.П.	М.П.