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 _____ "16" августа 2018 г.

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

Организация здравоохранения: ШГРД № 2	Город: Шымкент
Отделение:	Адрес: Алдиярова 60

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *пост-гарантийное* ☑ *стороннее* ☐		
Облучатель бактерицидный передвижной	241300334	
	241300338	
	241300339	

Выполненные работы

Диагностика	Ремонт	Модернизация	ППО*	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: Произведено сервисное обслуживание и чистка аппарата

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 Мухамедова (должность) (Ф.И.О.)	Хасан Д. А. (должность) (Ф.И.О.)
«16» 08 2018 г.	«16» август 2018 г.
М.П.	М.П.

"RUBIN GROUP" (РУБИН ГРОУП) ЖАУАПКЕРШІЛІГІ ШЕКТЕУЛІ СЕРІКТЕСТІГІ ТОВАРИЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ ШЫМКЕНТ RUBIN Group РК ОКО

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 _____ "16" августа 2018 г.

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

Организация здравоохранения: ШТРД № 2	Город: Шымкент
С[illegible]	Адрес: Адилова 20

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *пост-гарантийное* ☑ *стороннее* ☐		
Облучатель бактерицидный передвижной	241300337	
	241300044	
	241300336	

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: Произведено сервисное обслуживание и чистка аппарата

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:
о.о гл. врача Адрахмонова (должность) (Ф.И.О.)	Хасан Д. А. (должность) (Ф.И.О.)
Адрах «16» 08 2018 г.	«16» августа 2018 г.
М.П.	М.П.

ЖАУАПКЕРШІЛІГІ ШЕКТЕУЛІ СЕРІКТЕСТІГІ "RUBIN GROUP" (РУБИН ГРОУП) ШЫМКЕНТ ҚАЛАСЫ РК ЖАУАПКЕРШІЛІГІ ШЕКТЕУЛІ СЕРІКТЕСТІГІ RUBIN Group

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 _____ "16" августа 2018 г.

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

Организация здравоохранения: ИПДД №2	Город: Шымкент
Отделение:	Адрес: Алдиярова 60

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *пост-гарантийное* ☑ *стороннее* ☐		
Облучатель бактерицидный передвижной	241300335	
	241300045	

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: Произведено сервисное обслуживание аппарата и чистка

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. Ш. ашуи Ходжаметова (должность) (Ф.И.О.)	Хасан Д.А (должность) (Ф.И.О.)
«16» 08 2018 г.	«16» августа 2018 г.
М.П.	М.П.

"RUBIN GROUP" (РУБИН ГРОУП) ЖАУАПКЕРШІЛІГІ ШЕКТЕУЛІ СЕРІКТЕСТІГІ ТОВАРИЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ * ШЫМКЕНТ Қ. РК RUBIN Group

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 _____ "16" августа 2018 г.

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

Организация здравоохранения: г. Роддом № 2	Город: г. Шымкент
Отделение:	Адрес: .

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *пост-гарантийное* ☐ *стороннее* ☐		
Для комнаты		

Выполненные работы

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

Затраченные материалы при ремонте медицинской техники:

Наименование материала	Единица измерения	Количество	Общая стоимость (тенге)
ТЭНы 0,5 KW 220 в.	6		
термостат	1		
рубильник	1		

Типы неисправностей

Ошибка программы	Техническая неисправность	Механическая неисправность
☐	☐	☐

Виды ремонта

Гарантийный ремонт	Негарантийный ремонт
☐	☑

Комментарии/техническое заключение: _____

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ☐ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал: Пронозин. (ФИО (при его наличии) представителя организации здравоохранения) Дата: «16» августа 2018 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 Торокулов (должность) (Ф.И.О.) «16» 08 2018 г. М.П.	Хасан (должность) (Ф.И.О.) «16» августа 2018 г. М.П.