SIEMENS Healthineers

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

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

0014/01

№ договора_____ от_____ «10» 08 2018 г.

Код инженера	Мисрюк И	Номер и дата подачи заявки	2000000 63904	Время прибытия	Время убытия	Затраченное время
				9⁰⁰	15⁰⁰	6⁰⁰ В/п 8⁰⁰

Организация здравоохранения: ГКП на ПХВ "БСМП" Город: Актобе

Отделение: Лучевой диагностики Адрес: ул. Пацаева 7

Медицинская техника	Серийный номер	Дата монтажа медицинской техники
Гарантийное ☐ Пост-гарантийное ☑ Стороннее ☐		
MAGNETOM CONCERTO	17742	

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: Проведено сервисное обслуживание аппарата согласно инструкции. Проведён анализ Log File. Проведена очистка от загрязнений с последующей смазкой поверхностей перемещения. Проведены соответствующие процедуры "Tune Up" и "QA". Отмечен выход за рекомендуемые параметры "Q"A" Phantom check". Рекомендуется проведение процедуры "Mechanical shim". Отмечен износ механизма "Bracket Brake". Рекомендуется заменить механизм.

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ☑ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал:_____ ФИО представителя организации здравоохранения **Дата:** «____»_____ 20____г. **Подпись**_____	**Медицинскую технику принял:**_____ ФИО представителя поставщика услуг **Дата:** «____»_____ 20____г. **Подпись**_____
Медицинскую технику сдал:_____ ФИО представителя поставщика услуг **Дата:** «____»_____ 20____г. **Подпись**_____	**Медицинскую технику принял:**_____ ФИО представителя организации здравоохранения **Дата:** «____»_____ 20____г. **Подпись**_____

Представитель организации здравоохранения:

_____
должность, ФИО

_____ «____»_____ 20____г.
М.П.

Врач МРТ, КТ [signature]

Представитель поставщика услуг:

Ведущий инженер
Мисрюк И
должность, ФИО

_____ «10» 08 2018 г.
М.П.